

LUCIA GALVAGNI

Percorsi di etica clinica

EDB



**Istituto trentino di cultura
Centro per le Scienze Religiose**

Scienze religiose. Nuova serie

8

Collana «Scienze religiose. Nuova serie»

1. V. BRUGIATELLI, *Il problema filosofico del linguaggio in Antonio Rosmini*
2. G. CANOBBIO (ed), *La fede di Gesù*
3. A. AUTIERO - A. GENOVESE (edd), *Antonio Rosmini e l'idea della libertà*
4. A. AGUTI, *La questione dell'ermeneutica in Karl Barth*
5. E. MAZZA (ed), *L'idea di sacrificio. Un approccio di teologia liturgica*
6. K. RICHTER, *Spazio sacro e immagini di Chiesa. L'importanza dello spazio liturgico per una comunità viva*, a cura di I. ROGGER
7. S. CARLETTO, *Salvezza ed Ecumene. Il recente dibattito sulla dottrina della giustificazione per fede in Germania (1997-1999)*
8. L. GALVAGNI, *Percorsi di etica clinica*

LUCIA GALVAGNI

Percorsi di etica clinica



EDIZIONI DEHONIANE BOLOGNA

Centro per le Scienze Religiose in Trento

Sede: Via S. Croce, 77 – 38100 Trento

tel. 0461-210232 / fax 0461-980436 / e-mail segretisr@itc.it

Consiglio Scientifico

Pierangelo Sequeri (Presidente), Massimo Giuliani, Justo Lacunza, Franco Volpi

Direttore

Antonio Autiero

Comitato Direttivo

Membri d'onore: Antonio Acerbi, Karl-Heinz Neufeld, Iginio Rogger, Patrick Valdrini

Membri effettivi: Giacomo Canobbio, Maria Rosa Cortesi, Giuseppina Gasparini De Sandre, Karl Golser, Gerhard Larcher, Karl-Wilhelm Merks, Cettina Militello, Elmar Salmann, Clemens Thoma, Christian Troll, Lorenzo Zani

GALVAGNI, Lucia

Percorsi di etica clinica / Lucia Galvagni. - Bologna : EDB, 2003. - 183 p. ; 21 cm. - (Scienze religiose. Nuova serie ; 8)

ISBN 88-10-40384-3

1. Clinica medica - Aspetti morali 2. Operatori sanitari - Rapporti con i malati - Aspetti morali 3. Bioetica

174.2

Scheda a cura della Biblioteca ITC

Composizione e impaginazione a cura dell'Ufficio Editoria ITC

© 2003 Centro editoriale dehoniano
via Nosadella, 6 - 40123 Bologna
EDB (marchio depositato)

ISBN 88-10-40384-3

Stampa: Grafiche Dehoniane, Bologna 2003

A Mariano e Giovanna

Indice

Prefazione	11
Capitolo primo: Tra medicina ed etica	15
1. La medicina oggi: qualche considerazione	15
2. L'evoluzione della clinica	22
3. Quale formazione per chi cura?	25
4. Per un'etica della medicina	26
Capitolo secondo: L'etica clinica	29
1. Per una definizione dell'etica clinica	31
2. Una breve storia	33
3. I primi sviluppi nell'area nordamericana	36
4. Caratteristiche dell'etica clinica	44
5. L'asse clinico	46
6. L'asse etico-filosofico	48
7. L'asse pedagogico-formativo	51
8. Un quarto asse?	54
Capitolo terzo: Alla ricerca dei principî	57
1. Il modello dei principî di Beauchamp e Childress	58
2. Una precisa opzione di metodo	59
3. Principî e regole	62
4. Virtù e ideali morali	69
5. Il modello principlista nella prassi	70
6. La «common morality» e l'equilibrio riflessivo	71
7. Rilievi critici al principlismo	74
Capitolo quarto: Modelli di etica clinica	83
1. Dall'etica medica all'etica clinica	84
2. L'etica clinica di Jonsen, Siegler e Winslade	88

3. Le quattro angolazioni d'analisi dei casi: i quattro «topics»	90
4. Qualche caso	94
5. La riabilitazione della casistica: «the new casuistry»... ..	98
6. Considerazioni sulla casistica di ambito medico-clinico	103
7. La beneficenza nella fiducia: la proposta di Pellegrino e Thomasma	106
8. L'etica clinica come ermeneutica medica	109
9. Una griglia di etica clinica per l'analisi dei casi	113
10. Riferimenti teorici	114
11. Per una fondazione dei processi di decisione in etica clinica: la prospettiva di Gracia	117
12. Evoluzione delle riflessioni sul metodo: la deliberazione	120
13. Rilievi critici	122
14. Una teoria interpretativa dell'etica clinica: la riflessione di ten Have	123
15. Per una rivisitazione della tradizione antropologica della medicina in prospettiva comunitarista	126

Capitolo quinto: L'etica clinica come filosofia contestuale

129

1. La proposta di Cadoré	129
2. Il caso della medicina fetale	132
3. La metodologia narrativa	135
4. L'esperienza bioetica della responsabilità	136
5. Verso una nuova forma della responsabilità: la creatività etica	139
6. Un approccio ermeneutico e personalista all'etica clinica	144
7. Per una valutazione	145
8. Da una filosofia contestuale ad un'ermeneutica della medicina	148

Capitolo sesto: Una prospettiva antropologica: l'esperienza della malattia e la risposta della cura

151

1. Una fenomenologia della malattia	152
---	-----

2. Narrazione e comunicazione	156
3. L'etica nella relazione di cura	159
 Bibliografia	 163
Indice dei nomi	181

Prefazione

Sempre più di frequente si incontrano oggi situazioni e realtà caratterizzate da spiccate componenti etiche. In ambiti tra loro molto diversi, quali la medicina e la scienza, gli affari, l'ambiente, il settore comunicativo e quello politico, e ancora quello agricolo e alimentare, la «domanda di etica» aumenta e diviene segno di un rinnovato interesse, potenzialmente di un vero e proprio ritorno all'etica. A livello nazionale ed internazionale sono stati costituiti, in questi anni, gruppi di studio, comitati e commissioni, con il compito di analizzare e affrontare le questioni etiche più delicate e urgenti che nello scenario attuale emergono: alla base di diritti e doveri, infatti, ci sono dei valori, che una comunità riconosce come propri e decide di tutelare e promuovere, come elementi fondamentali del proprio costituirsi, nell'interesse delle persone che vi appartengono e che alla sua vita partecipano.

Sul sottile crinale che separa e distingue salute e malattia tali dimensioni etiche diventano tratti esistenziali che segnano e possono mutare un percorso di vita: le decisioni sulla vita e sulla morte ci portano a confrontarci con alcune delle più essenziali esperienze dell'essere uomini e donne, dell'essere persone concrete, che vivono provando affetti ed emozioni, che abitano e si rapportano in spazi e tempi di un preciso contesto, che sono immerse in relazioni costitutive e significative.

Tradizionalmente l'etica si è collocata in uno spazio intermedio tra sapere teorico e sapere pratico, dal momento che coniuga e deve conciliare un'istanza conoscitiva astratta con un'altra di tipo pratico-operativo. Le sfide del nostro tempo, che mettono a disposizione dell'uomo conoscenze nuove e possibilità applicative in passato inimmaginabili, ci invitano a pensare, a riflettere prima di agire e riportano così ai contenuti e alle metodologie tipiche dell'etica: accanto alle nuove competenze e abilità tecnologiche e scientifiche va esercitata la capacità etica di valutare il loro impatto, di esercitare un giudizio, di prendere decisioni e agire, infine, di conseguenza. Si avverte perciò, sempre più, l'esigenza di discernere, al di là di

quel che si può fare, quel che si vuole fare, per capire «dove» si vuole o si può arrivare.

Venuta meno la pretesa di fondare un'«etica universale», che entro un contesto di pluralismo culturale ed etico risulta arduo ottenere, si cercano dei presupposti etici comuni, minimi sì, in un certo senso, ma insieme forti, nella loro portata. Il rischio di «produrre» molte etiche frammentate e frammentarie, eccessivamente specialistiche, le quali si conferiscano, ciascuna per sé, uno statuto interno e delle norme rispetto a cui i «non addetti ai lavori» debbono solo prendere atto, è alto e porterebbe in realtà ad abdicare al senso proprio dell'etica.

Per evitare di chiudersi su di un'etica specialistica e particolaristica, è necessario allora tornare alla riflessione filosofica, per interrogarsi sulle finalità dell'agire e sulle modalità con cui agire e per non perdere di vista l'orizzonte più vasto del significato dell'esperienza morale, che parla delle molteplici e diverse ragioni che motivano il nostro agire.

La ricerca effettuata si propone come una presentazione ed un'analisi dell'etica clinica, una nuova branca della bioetica, che si va sviluppando oggi in maniera consistente. L'etica clinica riguarda appunto la dimensione clinica della medicina, ossia quella che si esercita al letto del paziente e che fa riferimento al rapporto tra chi cura – sia esso medico, infermiere o operatore sanitario – e chi riceve questa cura, nel momento della malattia.

La finalità del presente lavoro è non tanto legittimare una disciplina, quanto piuttosto rilevare ragioni, validità e limiti di una pratica, la cui diffusione denota un bisogno via via crescente.

Il percorso che si è seguito è quello di una ricostruzione storica e di un'analisi critica dei diversi modelli di etica clinica presenti oggi nel panorama internazionale, per evidenziare i presupposti etico-filosofici cui ciascuno di essi fa riferimento e per ricavare alcune linee di lettura sui nodi antropologici che qui vengono interessati e investiti. Tali modelli hanno anche la fisionomia di metodi e di percorsi pedagogico-formativi, volti a fornire, alle persone direttamente coinvolte nel contesto e nella relazione di cura, gli strumenti per riconoscere e affrontare le situazioni difficili che si presentano quotidianamente nella pratica assistenziale ed integrarle nella loro esperienza professionale e umana.

La relazione di cura evidenzia importanti dinamiche del vivere umano. Ma la cura ha modi diversi di manifestarsi e non ha l'ultima

parola in medicina. Essa si deve aprire a dimensioni ulteriori. Per questa ragione il percorso che qui seguirà non è completo: alcuni fronti restano aperti. Un primo settore che andrebbe meglio analizzato è quello del passaggio dalla bioetica al biodiritto e dello scambio che tra essi si crea; un secondo versante meritevole di approfondimento è il dinamico rapporto tra dimensione etica e dimensione psicologica; un terzo ambito è quello sociologico, che resta qui del tutto marginale.

L'etica clinica è stata e viene spesso criticata, innanzitutto per la difficoltà di stabilire in essa un equilibrio tra teoria e prassi, ossia tra fondazione e applicazione. A volte la fondazione teorica appare lacunosa o insufficiente: ma l'etica clinica fa proprio l'intento di affrontare le difficoltà delle situazioni concrete e insieme di evidenziare la bellezza e la ricchezza dell'esperienza. Essa compie tale operazione dotandosi di un metodo, che rappresenta lo strumento attraverso cui si accosta e si analizza la realtà. Il rigore, che l'adozione di un metodo vuole garantire, permette innanzitutto di ascoltare le voci di chi in tali situazioni è coinvolto e di far emergere e lasciar «parlare» le dinamiche di tipo etico di una situazione particolare e quindi, in un secondo momento, di tentare anche un'interpretazione e una lettura critica di esse.

Il limite teorico della disciplina, che persiste, va riconosciuto come limite caratteristico dell'etica: nel caso dell'etica clinica gli strumenti e le argomentazioni che la teoria elabora sono messi alla prova dall'incontro con l'esperienza e quest'ultima aiuta a definirli e a valutarli meglio.

Andare alle situazioni e alle esperienze significa inoltre cercare di arrivare alle persone che in questi percorsi sono direttamente implicate, per affrontare e accompagnare la situazione di malattia che stanno vivendo.

Questo lavoro è il risultato di un percorso reso possibile anche dall'incontro e dal confronto con molte persone che, direttamente o indirettamente, da prospettive ed esperienze diverse, lungo gli anni, mi hanno insegnato e mi hanno fatto riflettere su che cosa la malattia e la cura possono significare.

Desidero qui ringraziare Andrea Brighenti, Paolo Cattorini, Laura Palazzani e Valeria Ferrari Schiefer, per l'attenta e paziente lettura del manoscritto e per i preziosi suggerimenti che mi hanno dato.

Un grazie particolare al professor Antonio Autiero, direttore dell'ITC-isr, che ha sostenuto questo progetto e a tutti i colleghi dell'Istituto Trentino di Cultura, con i quali ho avuto l'opportunità di lavorare e collaborare.

A Loreta Rocchetti e a tutti i colleghi e amici del *Séminaire International d'Éthique Clinique*, con i quali in questi anni ho dialogato, un grazie speciale.

Trento, maggio 2003

Tra medicina ed etica

«La medicina non è una scienza assimilabile alle altre scienze e a queste omogenea. Non lo è prima di tutto perché il suo oggetto è un soggetto, l'uomo; e non lo è in secondo luogo perché si esercita non in un mondo neutrale (fisico, chimico), ma in un mondo di valori.

Essa si esercita in un mondo dove salute e malattia, nascita e morte, invecchiamento e sopravvivenza richiedono al medico risorse non soltanto scientifiche, tecniche, ma anche antropologiche, umane.»

(G. COSMACINI - C. RUGARLI, *Introduzione alla medicina*, 2000)

1. *La medicina oggi: qualche considerazione*

La moderna medicina occidentale si è venuta caratterizzando nel suo sviluppo come medicina scientifica, dato che in essa sono state adottate e utilizzate teorie e metodologie tipiche delle scienze naturali:¹ le tappe principali della sua evoluzione in quanto sapere sono state lo sviluppo della dimensione clinica e l'ampliamento della dimensione sperimentale.² D'altra parte essa ha mantenuto la

¹ Cfr. B. FANTINI, *La constitution du savoir médical moderne et le caractère spécifique des maladies*, in «Cahiers médico-sociaux», 39 (1995), pp. 15-23. L'autore afferma che «la medicina moderna è caratterizzata dall'emergere della medicina scientifica, cioè una medicina fondata su di una solida struttura teorica e su metodi di ricerca improntati a quelli delle scienze della natura, in particolare le pratiche di laboratorio e l'uso di una stretta causalità».

² Con medicina sperimentale si intende la medicina caratterizzata dall'applicazione dei metodi delle scienze naturali (matematica, fisica, chimica, biologia). Essa, che è andata ad affiancare la medicina tradizionale, basata sull'osservazione clinica, si è sviluppata e accresciuta a partire dalla fine del Settecento in particolare grazie alla fisiologia condotta in laboratorio e alla microbiologia. Ha ricevuto inoltre un essenziale contributo dagli sviluppi della rivoluzione molecolare e della genetica.

propria struttura di disciplina pratica, di arte, marcata da un'evidente attenzione antropologica, volta alla cura e all'assistenza della persona nella sua malattia.

Negli ultimi cinquant'anni questa medicina ha mutato in maniera profonda e significativa la propria fisionomia, sia a livello teorico sia a livello pratico.

I cambiamenti che si sono avuti sono riconducibili a ragioni differenti. I progressi della ricerca e le nuove scoperte in ambito biologico, biochimico e genetico,³ la disponibilità di capacità diagnostiche sempre più perfezionate, rese possibili dall'avanzamento delle conoscenze e dall'introduzione di una tecnologia mirata, e le possibilità di nuove terapie efficaci e di nuovi strumenti di cura hanno condotto la medicina a potenziare le proprie capacità; allo stesso tempo le evoluzioni del contesto storico-sociale, l'attenzione alla salute quale bene individuale e collettivo e quindi quale diritto e, ancora, l'inevitabile confronto con un parametro e una dimensione economica, dovuto al bisogno di utilizzare in maniera equilibrata le risorse disponibili, hanno evidenziato la necessità di ridefinirne le modalità di intervento e di azione.

La mutata situazione ha portato a interrogarsi e riflettere sulle finalità riconosciute alla medicina per capire che cosa significhi e comporti concretizzarle oggi in maniera pertinente. Gli scopi che tradizionalmente la medicina ha riconosciuto come propri restano infatti pur sempre validi, ma essi devono essere considerati alla luce delle condizioni che l'odierna situazione storica e sociale prospetta.

Rispetto al passato si presentano alcune novità significative: in ciascuna di esse si evidenziano aspetti di notevole rilevanza etica.

Innanzitutto, la disponibilità e l'introduzione di innovazioni scientifiche e tecnologiche permettono una medicina di altissimo livello e specializzazione, con notevoli capacità diagnostiche e terapeutiche. Se da una parte questo ha reso possibili interventi un tempo impensabili, anche rispetto a fasi molto acute e gravi della malattia, o addirittura nelle sue fasi di latenza, come succede nel caso della

³ Si parla oggi di «biomedicina» proprio per indicare l'evoluzione e l'ampliamento della medicina, che in maniera sempre più significativa risente dell'apporto della ricerca, in particolare di quella biologica: si pensi al contributo che deriva alla medicina dalla ricerca biologica di laboratorio, dalla biochimica e dalla biologia molecolare per lo studio dei farmaci, chimici o biologici, o ancora si considerino le scoperte e le applicazioni della genetica e la diffusione delle biotecnologie.

cosiddetta «medicina predittiva»,⁴ d'altra parte diventa necessario decidere se e come intervenire in situazioni estreme, quali potrebbero essere gli stati terminali, gli stati vegetativi persistenti, le patologie che si presentano nei reparti di cure intensive come stati cronici irrisolvibili o molto complessi o ancora quelle situazioni di predisposizione o probabilità a manifestare una malattia,⁵ individuabili grazie alle sofisticate indagini genetiche oggi disponibili. Rispetto a tali casi diventa molto difficile la determinazione dei confini fra salute e malattia, vita e morte, o la definizione di dignità e qualità di vita, e non è quindi scontato il processo di decisione su che cosa sia meglio o su che cosa si debba fare.

In questi stessi anni da un punto di vista storico-sociale si sono diffuse sensibilità, cultura e consapevolezza crescente sui diritti fondamentali dell'essere umano, anche a seguito della promulgazione – a partire dalla fine della seconda guerra mondiale – dei codici internazionali e delle dichiarazioni universali dei diritti dell'uomo. Nel novero dei diritti ha ricevuto ampio spazio e notevole attenzione la salute: essa è stata riconosciuta come un bene fondamentale e inalienabile della persona, che pertanto va garantito a tutti e a ciascuno.⁶ Questa nuova concezione della salute, abbinata alla messa in discussione sociale del principio d'autorità e delle figure che tradizionalmente lo incarnavano, ha contribuito almeno in parte all'affermazione e alla diffusione del principio di autodeterminazione della persona rispetto alle scelte attinenti alla sua salute e alla sua malattia e ha influito così anche sul mutamento di fisionomia del rapporto di cura, che si è emancipato dal tradizionale modello paternalistico, ritenuto di tipo autoritario.

⁴ Per le capacità di predizione che la caratterizzano, ad esempio attraverso le indagini e i test genetici, si profila un nuovo modello di medicina per il prossimo futuro, la medicina predittiva, appunto: essa si trova a rapportarsi con persone che, in maniera paradossale, possono essere definite come «malati di rischio», dal momento che potranno contrarre e manifestare la malattia, ma di fatto al momento non sono malati.

⁵ Si delinea qui il problema del cosiddetto *therapeutic gap* della medicina, ossia della distanza che si presenta oggi sempre più di frequente tra le capacità diagnostiche di una particolare malattia, che sono di altissimo livello e precisione, e le concrete possibilità terapeutiche, che restano invece spesso limitate.

⁶ La salute è stata sancita nei termini di un vero e proprio diritto: il «diritto alla salute» è da intendersi nei termini sia di un diritto ad uno stato di benessere individuale sia di un diritto alla «tutela» della salute. Cfr. in merito A. SANTOSUOSSO, *Dalla salute pubblica all'autodeterminazione: il percorso del diritto alla salute*, in M. BARNI - A. SANTOSUOSSO (edd), *Medicina e diritto. Prospettive e responsabilità della professione medica oggi*, Milano 1995, pp. 75-100.

Nelle nostre società occidentali la salute, intesa soprattutto come benessere globale della persona, è divenuta progressivamente un vero e proprio valore sociale, tanto che talora la nostra epoca viene definita come «nuova epoca della salute».

Definire cosa sia la salute resta però un'operazione molto complessa. Da sempre alla definizione di che cos'è salute e che cos'è malattia contribuiscono da una parte la medicina, che fornisce parametri e criteri in merito e che delinea possibili modalità di affrontarle, dall'altra la società, che sancisce in maniera ufficiale e accoglie sì le conoscenze e i suggerimenti della medicina, ma nel fare questo opera, in maniera più o meno cosciente, anche in base ad una propria prospettiva e visione di normalità, di diversità e di spazio pubblico.⁷ Questo evidenzia come medicina e società, medicina e politica siano strettamente connesse: i valori che esse affermano e riconoscono hanno quindi anche una valenza fondamentale di etica pubblica e di etica politica.

La salute, in favore della quale opera la medicina, mantiene una dimensione «soggettiva» imprescindibile, accanto al profilo «oggettivo» che si è considerato sopra in parte: essa infatti è sempre percepita da un soggetto, che la vive come esperienza personale, in particolare attraverso il confronto con la sua assenza, nella malattia, come sofferenza, disagio, difficoltà o danno. In questa condizione la medicina è chiamata a intervenire e il curante a operare. Quest'ultimo vive quindi una dimensione etica di primaria importanza, nel costante rapporto e nell'incontro con il singolo paziente, che lo chiama in causa direttamente su di un livello personale, prima ancora che su quello professionale. Il momento di incontro e relazione interpersonale fa quindi appello alla persona e alla responsabilità innanzitutto morale e umana del curante, prima ancora che a quella giuridica e deontologica. È anche questa dimensione di attenzione e finalizzazione all'uomo malato a rappresentare la componente antropologica della medicina.

Un ulteriore cambiamento della medicina che riveste notevole importanza etica è rappresentato dall'introduzione delle valutazioni e delle logiche economiche nell'organizzazione sanitaria.

⁷ Nello spazio pubblico la malattia ha trovato, nel corso della storia, diversi spazi e modi di collocazione e circoscrizione: l'ospedale ne rappresenta ad esempio uno. Tali diverse modalità sono anche indicative di come la società si rappresenti la realtà della malattia e del disagio e del fatto che la integri o meno nella propria struttura, quindi appunto nel proprio spazio e nel proprio tempo.

Oggi è infatti indispensabile organizzare le attività tenendo conto di parametri di tipo economico: a fronte di un complessivo ed esponenziale aumento della spesa sanitaria, bisogna effettuare un forte controllo dei costi, valutare le risorse disponibili, decidere in base a quali parametri allocarle e distribuirle, cercare di garantire la massima efficacia degli interventi e la più alta efficienza del sistema. L'espressione oggi in voga di «produzione di salute» è un indice dell'applicazione della mentalità economica nel settore sanitario. Ma la salute non è una merce, equiparabile a una qualsiasi altra. Pertanto la programmazione e la valutazione delle attività non si possono effettuare esclusivamente applicando nel complesso mondo della sanità⁸ le logiche economiche di tipo aziendale: una seria valutazione di efficacia ed efficienza non può limitarsi infatti a considerare costi e benefici economici, ma deve rispondere a questo parametro in una logica di promozione globale del bene della salute. Inoltre il fatto che le medesime difficoltà finanziarie si ripropongano in sistemi sanitari molto diversi evidenzia la necessità di un ripensamento degli obiettivi e dei valori della medicina, al di là e prima ancora di una ridefinizione della sua dimensione organizzativa e finanziaria.⁹

Ecco che, sotteso sia alla questione economica in sanità sia al progressivo affermarsi del diritto alla salute, si delinea il problema della giustizia, dimensione tradizionalmente riconosciuta come propria dell'etica: la giustizia può essere promossa in tale ambito coniugandola a sua volta, in maniera più precisa, attraverso il concetto di equità.¹⁰ Il progetto dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) sulla salute è stato riformulato di recente strutturandolo proprio attorno alla rivalutazione della nozione di equità,¹¹ rilevando che essa è impossibile da perseguire finché ci si concentra esclusivamente sui settori di punta della ricerca:

⁸ La parola sanità «viene sempre più riferita alle condizioni di salute di una collettività, ma soprattutto agli orientamenti, agli strumenti e alle istituzioni poste in atto per tutelarle e migliorarle, e quindi alla salute pubblica» (cfr. G. COSMACINI - G. GAUDENZI - R. SATOLLI, *Dizionario di storia della salute*, Torino 1996, p. 534): per questo si parla oggi spesso di «mondo della sanità».

⁹ Si veda quanto afferma in merito D. CALLAHAN, *La medicina impossibile*, Milano 2000.

¹⁰ L'equità rappresenta una delle modalità di espressione del principio di giustizia ed è intesa come giusta distribuzione nella società di beni fondamentali: in sanità si fa riferimento in particolare alle risorse investite per il bene della salute.

¹¹ È l'equità il principio implicitamente contenuto nella formula della «salute per tutti entro l'anno 2000» («Primary Health Care», ossia, propriamente, «assistenza sanitaria

«Paradossalmente, molti degli ostacoli all'equità nascono dai successi della medicina, non dai suoi fallimenti ... La medicina scientifica del XX secolo, focalizzata sulla ricerca di mezzi medici e tecnologici per la riduzione di mortalità e morbidità,¹² ha relegato in una posizione marginale gli aspetti della salute pubblica e dell'assistenza primaria. Nessuno di questi due ambiti possiede sufficiente attrattiva per attirare risorse finanziarie per la ricerca o premi Nobel, e nessuno promette grandi ritorni per l'industria del profitto nell'assistenza sanitaria».¹³

Proprio nell'ottica di non precludere l'equità, la medicina si trova oggi a dover ripensare la propria articolazione sia come ricerca sia come pratica clinica, soprattutto per quanto attiene la cosiddetta assistenza primaria,¹⁴ ossia quelle cure di base che garantiscono e forniscono l'assistenza sanitaria essenziale.

Ancora, la presenza della medicina nelle più diverse fasi della vita porta oggi a considerare come problemi medici situazioni che hanno una rilevante componente di tipo sociale. Pensiamo in merito alle politiche pubbliche per quelle situazioni legate al progressivo e crescente invecchiamento della popolazione: esse hanno la fisionomia di politiche socio-sanitarie proprio perché nell'affrontare queste realtà si deve intervenire sia sull'ambito di stretta competenza sanitaria, sia da un punto di vista sociale. Il termine medicalizzazione, entrato in uso a partire dalla letteratura sociologica degli anni Sessanta-Settanta,¹⁵ voleva indicare appunto l'estensione eccessiva o indebita della medicina all'interno della nostra società. L'ampliamento del campo d'azione e d'intervento della medicina richiede però di capire che cosa è propriamente un problema medico, che cosa quindi possa e debba essere affrontato in maniera pertinente da essa e che cosa debba invece essere ricondotto ad altri ambiti, anche per evitare che questioni sociali,

primaria») adottata dall'OMS nel 1978 ad Alma Ata come espressione del progetto della sanità mondiale per i decenni successivi.

¹² Con «morbidity» in statistica ed epidemiologia medica si indica l'incidenza delle malattie.

¹³ D. CALLAHAN, *L'equità e gli obiettivi della medicina*, in «Quaderni di sanità pubblica», 21 (1998), pp. 27-29.

¹⁴ A partire dall'individuazione degli scopi della medicina si profilano alcune questioni significative: innanzitutto quali priorità ci si debba dare nella biomedicina odierna, in secondo luogo quali implicazioni comportino questi scopi rispetto all'organizzazione dei sistemi di assistenza sanitaria, ed infine quale formazione dare ai medici per permettere loro di realizzare al meglio queste finalità.

¹⁵ Cfr. in particolare I. ILLICH, *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, Milano 1977.

delle quali si dovrebbe occupare la politica a livello istituzionale, vengano ridotte al rango di problemi personali.

Tali mutamenti e l'emergere con essi di nuove priorità hanno condotto a ridefinire nei quattro scopi seguenti le finalità principali della medicina odierna:¹⁶

- la prevenzione della malattia e dell'infortunio e la promozione e il mantenimento della salute;
- il sollievo dal dolore e dalla sofferenza causati dalle malattie;
- l'assistenza e la cura degli ammalati e l'assistenza agli inguaribili;
- la lotta alla morte prematura e la ricerca di una morte serena.

Rispetto agli scopi tradizionali della medicina, ossia la salvaguardia e il prolungamento della vita, la promozione e il mantenimento della salute, l'alleviamento di dolori e sofferenze, si sono evidenziate delle vere e proprie novità. La prevenzione, ad esempio, viene ormai riconosciuta come parte integrante e sempre più significativa del progetto sanitario, dal momento che essa è il presupposto per il mantenimento della salute; la ricerca del sollievo dalla sofferenza che la malattia causa ha portato a un ritorno d'attenzione sull'aspetto dell'assistenza e ad una sua valorizzazione; il momento della morte viene ricompreso tra le fasi di cui la medicina si fa carico oggi. L'ampliamento degli scopi della medicina comporta inoltre, inevitabilmente, un corrispondente ampliamento delle responsabilità mediche.

Queste finalità restano peraltro, come già detto sopra, generali ed astratte, dal momento che poi ad esse si deve dare forma concreta e le si deve tradurre da un punto di vista operativo, scegliendo modalità e mezzi attraverso cui realizzarle: la loro realizzazione non avviene infatti in maniera meccanica e univoca. Una difficoltà rilevante è rappresentata proprio dalla necessità, per le persone che operano in medicina, di 'determinare come agire' e 'decidere che cosa fare' nei singoli casi e nelle situazioni concrete, in particolare in quelli più complessi, facendo riferimento a principî e valori generali. È quindi necessario l'esercizio di una scelta, per formulare la quale si deve mettere in atto anche una forma di argo-

¹⁶ *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*, in «Hastings Center Report», nov.-dic. 1996; ed. it. a cura di M. MORI, *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, in «Notizie di Politeia», 45 (1997). Il rapporto dell'Hastings Center è poi confluito nel volume di M.J. HANSON - D. CALLAHAN, *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington D.C. 1999.

mentazione morale. Questo problema riporta alle dinamiche del giudizio pratico, della decisione e della deliberazione, che sono alcune delle dimensioni attraverso cui si articola la sfera morale. A questo livello si evidenzia la struttura intimamente morale dei processi decisionali e deliberativi che avvengono in medicina, sia sul piano della sanità pubblica e delle politiche sanitarie,¹⁷ sia su quello delle decisioni legate al processo e al singolo atto di cura, cioè al momento propriamente clinico.

2. *L'evoluzione della clinica*

Della complessità che caratterizza oggi la medicina ha risentito in modo significativo la dimensione clinica: tutti i cambiamenti si sono riflettuti infatti, direttamente o indirettamente, nell'atto finale della medicina stessa, ossia nel rapporto di cura, rapporto propriamente «clinico», in quanto esercitato al letto del paziente. Esso si è trovato provvisto di nuove potenzialità, ma pure investito di nuove tensioni.

Sin dalla tradizione ippocratica la medicina clinica si è definita come l'arte di curare il malato nel suo letto. La specificità della clinica è rinvenibile quindi tradizionalmente nell'incontro singolare tra chi cura e chi viene curato: l'incontro avviene di solito al letto del malato e infatti l'espressione «clinico» fa letteralmente riferimento al «letto» e alla posizione distesa del paziente. Ogni rapporto clinico risulta caratterizzato da un tratto di individualità, che dipende dalla singolarità dell'incontro di cura: il fatto che questo avvenga tra due soggetti lo rende sempre unico e singolare.

Da un punto di vista storico, per quanto riguarda l'evoluzione della clinica sono interessanti gli studi di Michel Foucault, che ha delineato i contorni e ha ricostruito il contesto e il momento d'origine della clinica moderna, collocandola temporalmente nella seconda metà del Settecento: da un'iniziale medicina delle specie, che forniva una considerazione astratta della malattia, basata sulla classificazione per specie¹⁸ e intesa come un'entità a sé stante rispetto agli

¹⁷ L'etica si profila così anche come un fondamentale elemento di mediazione e di chiarificazione delle connessioni esistenti tra il sistema scientifico, inteso sia come ricerca sia come pratica biomedica, e il sistema sociale e politico.

¹⁸ Si parlava in merito di «medicina delle specie».

individui nei quali accidentalmente si manifestava, si passò in quel periodo ad una medicina di tipo diverso, definibile piuttosto come clinica nel senso di scienza dell'individuo. In essa la malattia veniva considerata secondo un diverso statuto, perché si iniziò a valutarla come parte integrante del corpo degli individui: questo avviene, a detta di Foucault, nel momento in cui la morte viene assimilata nel pensiero medico, attraverso gli studi dell'anatomia patologica. È il nuovo metodo clinico basato sugli studi anatomici e patologici combinati a creare le condizioni di possibilità della nostra medicina. «Un rapporto ostinato colla morte impone all'universale il suo volto singolare»,¹⁹ afferma Foucault: nel momento in cui il limite viene riconosciuto quale parte integrante dell'esperienza umana si ridefinisce anche la struttura antropologica su cui la medicina è chiamata ad intervenire. A detta di Foucault, nel corso di questi cinquant'anni cambia lo sguardo col quale si osserva, cambia lo spazio nel quale avviene l'osservazione – non più quello domestico, bensì quello ospedaliero –, si dà una nuova definizione dello statuto del malato nella società, si ristrutturava il rapporto tra la conoscenza della malattia e le modalità di prestare soccorso ad essa, viene quindi reimpostata la stessa organizzazione dell'assistenza.

Nel corso dell'Ottocento alla dimensione incentrata sull'anatomia clinica si affiancarono da una parte la fase descrittiva delle malattie, che portò allo sviluppo della casistica e dell'epidemiologia, dall'altra una quantificazione e qualificazione nell'approccio al corpo sano o malato, che venne avvicinato attraverso la ricerca microscopica e quella fisico-chimica. Attraverso questo percorso la clinica moderna si è conferita una metodologia che viene riconosciuta e definita come scientifica.

Se consideriamo la situazione della clinica contemporanea, possiamo osservare un'ulteriore evoluzione, che dipende in parte da un ampliamento delle sue conoscenze ed è determinata dall'applicazione di una tecnologia molto avanzata e molto precisa in ambito diagnostico, nonché dalle nuove possibilità terapeutiche, di tipo farmacologico e non. La specializzazione che la contraddistingue ha permesso di estendere lo sguardo medico a livelli un tempo difficilmente avvicinabili e sondabili, ma insieme ha indotto una settorializzazione e una parcellizzazione di questo stesso sguardo

¹⁹ M. FOUCAULT, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, trad. it., Torino 1998, p. 210.

e ha portato ad una perdita dell'approccio al paziente nella sua globalità. Inoltre le nuove tecnologie biomediche oggi non vincolano più l'esercizio della clinica a spazi circoscritti.²⁰ Questo ha comportato anche l'introduzione nel rapporto clinico, strutturato tradizionalmente a due, di persone e figure professionali diverse e ulteriori, ugualmente coinvolte nell'ambiente di cura e nella relazione terapeutica: si può pensare in tal senso ad esempio ai medici specialisti chiamati come consulenti o ai tecnici di radiologia e di laboratorio.²¹

In generale nella relazione clinica hanno assunto importanza e spazio crescenti il personale infermieristico e numerose nuove figure di curanti, quali i diversi terapisti (fisioterapisti, logopedisti, ecc.), gli psicologi o, ancora, gli educatori professionali, che affiancano e integrano le competenze delle figure più tradizionali.

Inoltre l'introduzione di logiche aziendali nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria si impone come un fattore nuovo, che incide in maniera determinante sulle modalità di operare del curante stesso, quindi anche rispetto al rapporto clinico: in base alla terminologia oggi adottata, ad esempio, il curante si trova ad avere a che fare non più con un «paziente», bensì con un «cliente».²²

In tal modo il tradizionale rapporto di cura ha subito dei mutamenti di fisionomia. Anche per questo motivo i medici in tempi recenti sono tornati a interrogarsi e a riflettere sul rapporto medico-paziente e si è assistito al fiorire di una letteratura specialistica sull'argomento:²³ l'attenzione in essa è stata posta per lo più sul paziente e sul suo attivo coinvolgimento, ma in realtà è il rapporto stesso a dover essere rivalutato e ripensato, alla luce dei diversi fattori che su di esso influiscono e del nuovo profilo che esso ha assunto.

Tutto questo rappresenta un mutamento anche per quanto riguarda le modalità di operare della medicina clinica, che oggi

²⁰ Pensiamo in merito alla telemedicina e al teleconsulto, che permettono di effettuare valutazioni, diagnosi e consulenze a distanza.

²¹ Essi vengono definiti paraclinici, dal momento che affiancano appunto il lavoro dei clinici.

²² E i termini sono metafore di modalità diverse d'intendere e vedere una stessa realtà, quindi anche di viverla e di muoversi in essa.

²³ Segnaliamo, tra i tanti, E.A. MOJA - E. VEGNI, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano 2000; A. SANTOSUOSSO, *Libertà di cura e libertà di terapia: la medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Roma 1998; R. TATARELLI - E. DE PISA - P. GIRARDI, *Curare con il paziente: metodologia del rapporto medico-paziente*, Milano 1999; T. GRISSO - P.S. APPELBAUM, *Il consenso alle cure: guida alla valutazione per medici e altri operatori sanitari*, Torino 2000.

deve essere pensata e strutturata nei termini di un processo che coinvolge più persone e che quindi necessita spesso di decisioni e deliberazioni comunitarie, assunte collegialmente.

A partire dalle novità che contraddistinguono la clinica, i clinici stessi avvertono sempre più la necessità di una riflessione per capire come agire e individuare nuove modalità di muoversi nella loro professione. L'introduzione della riflessione etica e filosofica nella clinica si struttura in tal senso come un possibile tentativo di rispondere a queste novità, attraverso la valorizzazione e la preservazione della specificità della relazione di cura.

3. *Quale formazione per chi cura?*

Le organizzazioni mediche internazionali che negli ultimi anni sono state impegnate nel riformulare gli scopi della medicina hanno studiato l'attuale modello formativo del curante e ne hanno evidenziato le carenze. È stata sottolineata in particolare la parzialità di un approccio esclusivamente tecnologico-scientifico o gestionale alla medicina: al di là dell'acquisizione di queste competenze specialistiche è infatti indispensabile per colui che cura sviluppare la capacità sia di leggere la malattia nella sua complessa natura e nel contesto in cui essa si genera, sia di porsi in relazione con la persona malata. Oggi è necessario pensare a una formazione delle persone che si troveranno coinvolte in posizione di responsabilità nei rapporti di cura, una formazione continua che, sia pure strutturata in diversi momenti, va intesa come un percorso di riflessione sulla pratica medico-clinica, che sappia porre in evidenza le dimensioni filosofiche ed etiche in essa presenti.

L'introduzione delle scienze sociali e delle *medical humanities*²⁴ nella formazione del personale medico e infermieristico nei paesi anglosassoni è un indice del tentativo di riconferire spazio e attenzione alla dimensione umanistica e antropologica della medicina, ai fondamenti teorici ad essa sottesi e agli aspetti pratici che la caratterizzano.²⁵ Una formazione su questi aspetti permette di

²⁴ Nei contesti anglosassoni con questo termine si fa riferimento alle scienze umane che possono avere un'attinenza con la medicina, quindi l'etica e la filosofia, ma anche la letteratura, l'arte, la psicologia o la teologia.

²⁵ Si veda quel che afferma D. von Engelhardt: «La prassi orale presuppone una fondazione etica. Virtù e doveri del medico, del paziente e della società hanno un fondamento

riflettere sul significato dell'azione e dell'agire medico-clinici e comporta un approfondimento e un processo di presa di coscienza da parte dei curanti di se stessi come agenti e quindi come agenti responsabili. L'acquisizione diretta da parte dei curanti di conoscenze che riguardano contenuti e metodologie proprie dell'etica permette alla lunga di creare un'abitudine ad identificare, nominare e chiarire le questioni etiche che essi potranno incontrare nel corso della loro professione.

Una maggior consapevolezza da parte dei curanti rappresenta inoltre la possibilità di mantenere una distanza critica rispetto al proprio operare, distanza oggi sempre più importante dal momento che permette di evidenziarne validità e limiti. È stato affermato in questo senso che «un atteggiamento critico in medicina – includente l'ammissione di ignoranza – è il principale presupposto per una nuova etica medica».²⁶

4. *Per un'etica della medicina*

Le considerazioni sin qui fatte evidenziano i molti tratti etici che la medicina oggi si trova a vivere e a dover affrontare. Essa, nella sua struttura di sapere e di pratica, presenta elementi sui quali la filosofia ha ampiamente riflettuto: perciò per considerare finalità e senso dell'agire medico sarebbe necessaria, da ultimo, una vera e propria filosofia della medicina, che, strutturata come epistemologia, antropologia ed etica medica, aiuti ad indagare rispettivamente le sue modalità conoscitive, l'immagine di uomo sottesa al suo modo

normativo. I valori possono essere noti e anche riconosciuti, ma come tali non ancora resi comprensibili nella loro legittimità o necessità. Le riflessioni etiche o i tentativi di fondazione etica continueranno a mostrarsi necessari, secondo l'osservazione di Aristotele, tuttora valida, che il concetto di giusto vale al suo tempo in qualità di uso e di regolamento, ma non per natura. Questa fondazione filosofica, perché ciò intende qui Aristotele con 'natura', per la medicina è tanto necessaria quanto d'aiuto. In questo contesto bisogna però richiamare continuamente anche la differenza tra fondazione e prassi; le deduzioni filosofiche non comportano in alcun modo una realtà a esse corrispondente ... Accanto alla fondazione, perciò, deve valere soprattutto l'attenzione pratica dell'etica nella medicina. Questa ha luogo nella formazione universitaria del medico e mediante l'esempio dei colleghi nella prassi, ma ha anche i suoi presupposti già nell'educazione scolastica e nella formazione generale»; D. VON ENGELHARDT, *Sulla sistematica e sulla storia dell'etica medica*, in D. VON ENGELHARDT (ed), *Etica e medicina. Problemi della pratica quotidiana*, Milano 1994, pp. 341-362, qui p. 359.

²⁶ P. VINEIS - S. CAPRI, *La salute non è una merce. Efficacia della salute e politiche sanitarie*, Torino 1994, p. 18.

di operare e da esso veicolata e i principi o valori cui la medicina si ispira.²⁷

La medicina clinica, che può essere descritta come «un certo equilibrio – precario – tra un sapere teorico, una pratica artigianale, una regolamentazione istituzionale»,²⁸ riceve il proprio mandato dalla società, perciò deve fare riferimento almeno in parte anche ad essa per comprendere quali finalità riconoscere come proprie in un preciso momento storico. Per definire queste ultime è quindi indispensabile non solo analizzare la medicina secondo la sua logica interna, bensì anche considerare i valori culturali e l'orizzonte etico e antropologico che da ultimo la motivano e la fondano.

Nel considerare i valori del contesto entro cui la medicina si struttura, si è fatta strada ad esempio in questi anni all'interno dei programmi internazionali sulla salute e la sanità l'idea delle «alleanze per la salute»²⁹ e da questa è poi derivata quella di un «patto di solidarietà per la salute».³⁰ In entrambe vengono sottolineati la

²⁷ Cfr. J.F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina*, Cinisello Balsamo (Milano) 1989, p. 6. La medesima tripartizione si trova in ten Have, che distingue tre fasi nella riflessione teorica europea degli ultimi cento anni sulla medicina: una prima fase epistemologica, cui è seguita tra il 1930 e il 1960 una fase antropologica, nella quale la medicina veniva letta come scienza antropologica, e, a partire dagli anni Sessanta, la fase etica, che corrisponde all'attuale attenzione bioetica. Cfr. H. TEN HAVE, *The Anthropological Tradition in the Philosophy of Medicine*, in «Theoretical Medicine», 16 (1995), pp. 3-14 e, dello stesso autore, *Approcci europei all'Etica nella medicina clinica*, in C. VIAFORA (ed), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Padova 1995, pp. 91-118, in particolare p. 109. Le tre diverse fasi possono essere considerate appunto come i possibili settori attraverso i quali si struttura una filosofia della medicina.

²⁸ A. FONTANA, *Introduzione*, in M. FOUCAULT, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, trad. it., Torino 1998, p. XXVII.

²⁹ A distanza di vent'anni dalla dichiarazione di Alma-Ata (1978), con la quale si riconosceva e si definiva la salute come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale» e si enunciava il programma della «salute per tutti entro l'anno 2000», nel rivalutare e riconsiderare il progetto sulla salute per tutti in termini di equità, l'OMS ha individuato alcune aree di primaria importanza per raggiungere questo scopo: tra esse si evidenzia quella delle «alleanze per la salute», che presta un'attenzione particolare al progetto salute nelle singole comunità. L'OMS ha inoltre riconosciuto la centralità dell'etica per ogni futuro intervento nel settore della sanità.

³⁰ La salute si delinea come il fine comune del patto di cura che lega paziente e medico, curato e curante. Cfr. anche R. BINDI, *Presentazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*, Roma 2000: «Il contesto sociale mutevole e complesso pone l'esigenza di avviare nel Paese un vero e proprio patto di solidarietà per la salute, che impegni le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti: gli operatori sanitari, le istituzioni, il volontariato, i produttori di beni e i servizi di carattere sanitario, gli organi e gli strumenti della comunicazione, la comunità europea internazionale. I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare».

concezione della salute come bene e l'impegno della medicina intesa come progetto comunitario e istituzionale. In queste espressioni è inoltre posta in evidenza la centralità dell'esperienza della responsabilità. Sulla nozione di «responsabilità per la salute» e sul significato etico che essa riveste si può ulteriormente motivare lo sviluppo di attività di etica nel contesto medico-ospedaliero, sia per favorire la soluzione delle situazioni eticamente problematiche che in esso si incontrano, al fine di permettere così decisioni responsabili e attente a tutte le persone coinvolte nel processo di cura, sia per meglio comprendere, pensare e organizzare l'istituzione sanitaria, alla luce delle finalità che ad essa danno senso e struttura.

Per questo lo sviluppo dell'etica nelle istituzioni ospedaliere può seguire un doppio percorso: da una parte, è necessario «rivalorizzare il momento etico intrinseco al processo decisionale» evitando di ridurre la discussione alla sola prospettiva medica o a quella gestionale; dall'altra, ad un livello più generale e su di un piano istituzionale, bisogna «creare e mantenere uno spazio di confronto tra punti di vista differenti, senza gerarchie prestabilite e nell'ottica di favorire la decisione».³¹

La prospettiva e il percorso sviluppati da alcuni autori che si occupano di bioetica e più specificamente di etica clinica rappresentano un tentativo di mostrare come la medicina contemporanea sia propriamente uno dei campi entro cui il soggetto può sperimentare e riacquisire la propria costitutiva esperienza morale:

«La riflessione di ordine etico vuol promuovere ciascuno degli attori nella sua capacità di essere pienamente il soggetto del proprio agire e della propria storia».³²

Si può addirittura affermare che

«la biomedicina è uno dei domini privilegiati dell'azione umana contemporanea entro cui effettuare la promozione della capacità etica dell'uomo».³³

Questo percorso sembra essere rinvenibile negli stimolanti passi che l'etica clinica ha fatto nella sua pur breve e recente storia.

³¹ P. BOITTE, *L'éthique à l'hôpital, pour quoi faire?*, in «Ethica Clinica», 1 (1996), pp. 20-21.

³² B. CADORÉ, *La bioéthique questionnée*, in «Le Supplément», 202 (1997), pp. 47-58.

³³ B. CADORÉ, *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Louvain-la-Neuve - Montreal 1994.

Capitolo secondo

L'etica clinica

«Il paradosso è che il medico deve prendere la giusta decisione nel momento decisivo, che poi può anche essere giustificata eticamente dal filosofo, dal teologo, dal giurista. Questi ultimi hanno tuttavia il privilegio di poter riflettere in tutta tranquillità, senza quella pressione di tempo che complica le decisioni del medico. Questi può imparare dalla storia come esista sempre un pro e un contro. Ma tale conoscenza lo rende anche più forte di fronte alle critiche. Da molto tempo si sa che la sua posizione è difficile e che diventa sempre più difficile di fronte alla tecnologia moderna. Un famoso aforisma ippocratico dice: 'La vita è breve, l'arte è lunga, l'occasione favorevole è fugace, il tentativo ingannevole, la decisione difficile'.»

(K. BERGTOLD, *Lo sviluppo storico dell'etica medica*, 1997)

In medicina l'attenzione etica è presente e tematizzata sin dai tempi e dai documenti più antichi: l'impostazione dell'etica medica tradizionale è rinvenibile ad esempio nel Giuramento di Ippocrate, che viene attribuito a Ippocrate di Cos, medico greco del V secolo a.C. Nel Giuramento è ben espressa la prospettiva etica secondo la quale si guardava al medico, ai suoi doveri e ai principî che danno forma al suo agire: esso rappresenta ancor oggi la dichiarazione pronunciando la quale il medico riconosce la propria appartenenza ad un ordine professionale e promette di rispettarne il codice e le regole.

Il tratto etico fondamentale della medicina è legato alla sua fisionomia di pratica nella quale si gioca uno scambio interpersonale tra un curante e un curato, in una situazione di bisogno da parte del paziente, che si trova in uno stato di debolezza e malattia, cui il medico presta un aiuto, professionale sì, ma insieme inevitabilmente anche umano.

Oggi però la pratica clinica sembra presentarsi in maniera particolare come un campo sempre più denso di problematiche e

questioni etiche, sia specifiche sia generali. Se solo si pensa alle questioni che si sollevano nelle unità di terapia intensiva, neonatali, geriatriche, cardiologiche, nei servizi di medicina fetale, nei reparti di cure palliative o laddove vi siano malati terminali, ci si rende conto che l'esperienza quotidiana presenta situazioni inedite, complesse e difficili anche per quanto riguarda le decisioni cliniche, dal momento che i parametri di giudizio e di valutazione devono essere ben più articolati rispetto a quelli esclusivamente medici. È necessario infatti, per valutare e deliberare sul piano medico, integrare quest'ultimo con la considerazione degli elementi soggettivi, valoriali e normativi, includendo così la dimensione dell'esperienza morale e della scelta.

Nel tentativo di accostare le dimensioni morali emergenti nella pratica clinica di ogni giorno, il confronto con l'etica medica tradizionale, per come viene espressa ad esempio nei codici di deontologia, si è rivelato utile, ma la semplice riproposizione di essa è risultata insufficiente per affrontare e dipanare la complessità delle situazioni presenti: di qui il progressivo strutturarsi della bioetica come disciplina, verso la fine degli anni Sessanta.¹ Se nella sua fase iniziale la bioetica si è occupata prevalentemente delle questioni sollevate dallo sviluppo e dall'introduzione di conoscenze e tecnologie nuove nella biomedicina, che aprivano scenari e possibilità inedite, ora si presta attenzione alla clinica, nelle sue dinamiche e nelle sue questioni quotidiane.

L'etica o bioetica clinica si inserisce in questo preciso contesto, con il proposito di cercare delle modalità non solo contingenti e particolari, bensì valide ad un più alto livello di generalità, quindi delle vere e proprie metodologie, per affrontare le questioni etiche che emergono nella pratica clinica e cercare di risolverle, con l'ulteriore compito di evidenziare e tener conto delle tangenze tra medicina, valori e istituzioni della società.

Per questi motivi l'etica clinica si prospetta come una pista interessante, in parte ancora inesplorata, rispetto all'evoluzione della pratica medico-sanitaria contemporanea.

¹ Osserva E. Pellegrino che negli ultimi trent'anni l'etica medica ha subito un mutamento che può essere considerato una vera e propria metamorfosi, dal momento che essa è passata dalla sua forma tradizionale di deontologia medica all'odierna bioetica. La stessa problematizzazione della deontologia sarebbe del resto un indice del progressivo smarrimento dei fini della medicina. Cfr. E. PELLEGRINO, *The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30-Years Retrospective*, in «American Journal of Medical Association», 9 (1993), pp. 1158-1162.

1. Per una definizione dell'etica clinica

L'etica clinica è l'«etica della pratica clinica e delle questioni etiche che emergono nella cura dei pazienti»² o anche «l'etica applicata ai problemi della cura del malato, ossia ai dilemmi morali che sorgono nel momento in cui è in gioco una decisione relativa al bene di uno o più pazienti».³

Nel dibattito bioetico l'etica clinica presenta un profilo del tutto particolare: essa, come disciplina, si situa «nel punto d'incrocio delle pratiche e dei saperi»,⁴ della prassi e della teoria. Il suo lavoro si articola in due momenti, «l'osservazione di una pratica concreta e la sua interpretazione nell'ordine filosofico ed etico».⁵

L'etica clinica potrebbe essere collocata su quello che viene individuato come livello intermedio della bioetica,⁶ che riguarda la «formazione di una coscienza responsabile e la competenza decisionale per la soluzione di casi concreti della pratica clinica o sperimentale»⁷ e si situa tra la fondazione e l'analisi fondamentale, di tipo teorico (quale fondazione metodologica ed epistemologica dare alla disciplina, quali siano i valori etici coinvolti e quali dimensioni antropologiche e simboliche siano implicate) e la trasposizione di tali riflessioni in una dimensione giuridica e istituzionale. Ad essa non spettano pertanto, almeno in una prima fase, un lavoro fondativo di tipo fondamentale, né essa ha un immediato impatto sul piano giuridico-deontologico: tali dimensioni emergono comunque in un secondo momento.

L'attenzione viene focalizzata sul momento clinico, sulle questioni etiche che si sollevano durante il processo di cura del

² J.C. FLETCHER - H. BRODY, *Clinical Ethics - I. Elements and Methodologies*, in W.T. REICH (ed), *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1995, pp. 399-404, qui p. 399.

³ P. CATTORINI, *Applicare o interpretare? Il ruolo della bioetica clinica*, in «Rivista di teologia morale», 121 (1999), pp. 83-101, qui p. 83.

⁴ L'espressione è stata così formulata in occasione del VIème Séminaire International d'Ethique Clinique (Dinant, Belgio, 23-27 maggio 1999), per indicare la specificità di questa disciplina: «L'éthique clinique à la croisée des pratiques et des savoirs».

⁵ B. CADORÉ, *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Saint-Laurent (QC) 1997, p. 6.

⁶ Cfr. la triplice scansione della bioetica proposta da M. REICHLIN, *La bioetica: questioni storico-epistemologiche*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, Milano 1996, pp. 17-50. Cfr. anche M. REICHLIN, *Observations on the Epistemological Status of Bioethics*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 19 (1994), pp. 79-102.

⁷ M. REICHLIN, *La bioetica*, p. 49.

paziente, per fornire una risposta operativa a tali problemi, attraverso l'elaborazione di metodi d'analisi che permettano di lavorare adeguatamente sui casi e di giungere a delle decisioni, o per aiutare i curanti, attraverso la formazione, a rilevare le dimensioni etiche presenti nella loro pratica.

Finalità dell'etica clinica è chiarire gli elementi morali che sono in gioco nell'esperienza e nell'attività clinica quotidiana, evidenziare la dimensione di coinvolgimento personale e la messa in questione della responsabilità di ciascuno, in particolare di ogni operatore sanitario, nonché favorire un'effettiva attenzione alle persone che partecipano al processo di cura, includendo tra esse anche colui che riceve le cure. Questo permette di diffondere una sensibilità e un'abitudine a trattare le questioni, anche attraverso le modalità di argomentazione e le tematiche dell'etica.

Essa si struttura con un duplice obiettivo: è posta in essere in primo luogo per promuovere una migliore qualità della cura, obiettivo portante, questo, del settore sanitario,⁸ anche laddove non vi sia un'attenzione etica esplicita da parte dell'istituzione, e insieme possiede una seconda finalità, più propria, che consiste nel portare a riflettere sul senso di queste pratiche le persone che le svolgono.⁹ Per questo motivo l'etica clinica svolge una fondamentale funzione pedagogica e formativa.

Il metodo di cui principalmente ci si serve e che contraddistingue l'etica clinica è l'analisi dei casi. È questa la sua ragion d'essere e qui allo stesso tempo essa manifesta uno dei suoi limiti, come si vedrà. L'etica clinica si definisce così come

«un ambito che permette, chiarendo la portata delle innovazioni della pratica medica in termini di rispetto della persona sofferente, di provare ad orientare l'azione verso il miglior servizio che si può rendere alla persona; ma d'altra parte è anche il luogo dove, assumendo congiuntamente la capacità creativa dell'uomo e il confronto con l'essenziale dimensione tragica dell'esistenza

⁸ L'organizzazione e l'istituzione sanitaria si propongono tra le proprie finalità fondamentali esattamente di assicurare e migliorare la qualità della cura, intesa anche nell'accezione dell'offerta di un'alta qualità del servizio.

⁹ Albert Jonsen sostiene che l'espressione «etica clinica» porta con sé un'ambiguità: essa può far riferimento all'inclusione di considerazioni esplicitamente etiche nelle decisioni del medico in merito alla cura del paziente, oppure, in un secondo senso, all'interpretazione e all'analisi etica delle decisioni cliniche. Mentre nel primo caso solo i medici potrebbero esercitare in maniera pertinente l'etica clinica, nel secondo anche filosofi e teologi possono partecipare nel modellare e criticare le decisioni mediche, cfr. A. JONSEN, *The Birth of Bioethics*, New York - Oxford 1998, pp. 365-367.

umana, i gruppi umani scoprono come, al cuore della propria capacità etica, sono assegnati alla responsabilità di dover promuovere sempre più l'umanità dell'uomo».¹⁰

2. Una breve storia

Negli anni di nascita della disciplina bioetica, cioè alla fine degli anni Sessanta e all'inizio di quelli Settanta, di «bioetica clinica» o «etica clinica» non si parlava: è interessante notare come nella prima edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics*, del 1978, questa voce non esista neppure, mentre nella seconda edizione, del 1995, essa è presente come «Clinical Ethics» secondo una triplice articolazione: «Elements and Methodologies», «Clinical Ethics Consultation» e «Institutional Ethics Committees».

La nascita del termine e la diffusione delle attività afferenti all'etica clinica negli Stati Uniti risale circa alla metà degli anni Settanta, quando si ebbe la percezione che un'etica centrata sui principî non fosse del tutto adeguata rispetto alle situazioni ed alle richieste di chi, medico, infermiere, operatore sanitario, si trovava a confrontarsi con le dimensioni di un'«etica situazionale»,¹¹ con casi concreti, che si dimostravano complessi, soprattutto per la presenza in essi di irriducibili componenti etiche e morali.

Accanto alla progressiva e crescente istituzione di comitati etici e commissioni, si cercò quindi di sviluppare una disciplina che fornisse un metodo valido di approccio ai casi, che si focalizzasse sui problemi etici emergenti nella cura dei pazienti, sulla ricerca di un modello non esclusivamente teorico di indagine etica e che puntasse a un bilanciamento tra attività di assistenza da una parte e insegnamento e ricerca dall'altra. L'emergenza di queste attività può essere osservata su larga scala soprattutto a partire dagli anni Ottanta, mentre dagli inizi degli anni Novanta si è andata sviluppando anche un'attività di ricerca specifica sull'etica clinica e la sua fondazione.¹²

¹⁰ B. CADORÉ, *La bioéthique*, p. 51.

¹¹ L'espressione venne mutuata dal titolo di un libro del teologo J. FLETCHER, *Situation Ethics. The New Morality*, Philadelphia (PA) 1966.

¹² È un indice di tale sviluppo la diffusione di riviste specializzate in merito, come «The Journal of Clinical Ethics», pubblicato negli Usa dal 1990, ed «Ethica Clinica. Revue d'éthique des soins de santé», che dal 1996 rappresenta un riferimento per l'area francofona.

La storia del termine e il suo uso sono state ricostruite da Patrick Verspieren.¹³ Il termine «clinico» deriva dal verbo greco *klino* ed indica etimologicamente il rapportarsi all'uomo disteso, nel suo letto, a causa di una malattia: e infatti la «pratica clinica» fa riferimento alla pratica che si svolge al letto del paziente, sul corpo del malato, per osservazione diretta o attraverso strumenti che si limitano a «supportare» la manualità del medico. Il termine «clinico» è stato reintrodotta e valorizzato dai medici stessi, negli anni Settanta, in particolare per indicare i diversi approcci ai casi, ed è stato poi adottato in ambito etico. Nella letteratura bioetica questo termine ha assunto così il significato del rapporto di cura della persona malata, considerata nella sua singolarità, nella concretezza del suo corpo e della sua storia personale: Verspieren sottolinea che proprio l'insistenza sulla «singolarità irriducibile» del malato contribuisce anche ad «evidenziare le difficoltà di ogni decisione medica».

L'etica clinica si occupa proprio delle decisioni assunte al letto del malato: essa generalmente ha il proprio punto di partenza nella realtà dell'incontro tra il clinico e il paziente e il proprio punto d'arrivo nel giudizio sul caso particolare e in una precisa scelta. E al di là della possibile elencazione e descrizione di fatti ed episodi significativi, riletti da una prospettiva etica, l'etica clinica si trova a fornire di questi anche un'interpretazione.¹⁴

Va inoltre riconosciuto e sottolineato l'influsso esercitato nell'origine di questa disciplina dalle pratiche di psicologia clinica. Negli anni Ottanta psichiatri e psicologi si resero conto del fatto che molte situazioni nelle quali venivano loro richieste consulenze psichiatriche rimandavano in realtà a questioni la cui fisionomia era più squisitamente etica:¹⁵ molti psichiatri sono impegnati oggi direttamente in queste attività e gli stessi medici che si dedicano ad attività di etica clinica possiedono spesso formazione ed esperienza psichiatrica. È probabile che la psicologia e la psichiatria, in parti-

¹³ P. VERSPIERIEN, *Une expérience de réflexion éthique sur la pratique clinique*, in «Le Supplement», 202 (1997), pp. 129-142.

¹⁴ Cfr. J.C. FLETCHER - H. BRODY, *Clinical Ethics*, p. 400 e M. SIEGLER - E.D. PELLEGRINO - P.A. SINGER, *Clinical Medical Ethics*, in «The Journal of Clinical Ethics», 1 (1990), pp. 5-9.

¹⁵ M. PERL - E.E. SHELPS, *Sounding Board. Psychiatric Consultations Masking Moral Dilemmas in Medicine*, in «New England Journal of Medicine», 307(1982), pp. 618-621 e C.P. LEEMAN, *Ethics Consultation Masking Psychiatric Issues in Medicine*, in «Archives of Internal Medicine», 155 (1995), pp. 1715-1717.

colare di corrente psicanalitica, abbiano a propria volta funzionato da *trait d'union* tra l'approccio prettamente scienziasta della medicina contemporanea e l'approccio umanistico delle scienze umane – in particolare dell'etica, della filosofia e della teologia –, dato che esse avevano precedentemente tentato questa impresa, fornendo così l'occasione di trovare dei percorsi già strutturati in materia di gestione dei casi clinici difficili e conferendo talora metodologie specifiche per l'analisi dei casi e la formulazione del giudizio clinico stesso. Che all'etica e alla filosofia la presenza della psicologia e della psichiatria in questo settore crei qualche difficoltà è cosa nota, tanto che oggi a volte, negli Stati Uniti ad esempio, ci si contende il ruolo di consulente etico tra psicoterapeuti ed eticisti; in realtà i due approcci restano differenti e devono essere fatti interagire in maniera complementare, dato che ciascuno dei due può apportare strumenti utili per la discussione delle situazioni e per la chiarificazione delle dinamiche in gioco.¹⁶ Va comunque sottolineato che nella prospettiva dell'etica clinica la dimensione ultima di queste procedure e di questi modelli rimanda all'etica e a questioni formulate a partire da una prospettiva etica.¹⁷

¹⁶ Possono risultare interessanti in tal senso le osservazioni di V. BITOUZET, *Le médecine foetale interpellée: place de la psychanalyse et de l'éthique clinique*, in «Ethica Clinica», 21 (2001), pp. 25-32: «l'approccio dello psicologo si baserà sulla conoscenza dei meccanismi psichici inconsci individuali e collettivi, degli effetti e delle manifestazioni inconscie della sofferenza e dei meccanismi di protezione contro l'eccesso di sofferenza. Mentre l'approccio dell'eticista si baserà sulla messa in questione dei valori e delle intenzioni morali sottese alle riflessioni, alle decisioni e ai comportamenti dei curanti» (p. 29).

¹⁷ Si vedano le considerazioni presenti in E. GIUS - R. COIN, *I dilemmi dello psicoterapeuta. Il soggetto tra norme e valori*, Milano 1999, in base alle quali emerge con chiarezza la distinzione tra le due discipline; inoltre così come dell'eticista clinico si delineano talora i tratti caratteristici, anche lo psicologo «nell'immaginario sociale ... viene spesso descritto come colui che, in quanto esperto della relazione e della comunicazione interpersonale, comprende gli altri ed è disponibile verso di loro, ha una profonda conoscenza e consapevolezza di sé, ha doti di saggezza, umanità e altruismo», quindi «lo psicologo si trova a svolgere, più o meno consapevolmente, anche una funzione morale» (p. 31). Si evidenzia qui come nell'immaginario collettivo le figure degli psicologi, analogamente a quelle degli eticisti, siano connotate attraverso dei precisi tratti caratteriali e di personalità, di solito riconducibili ai termini morali tradizionali della virtù e della saggezza. Ma che cos'è la morale e che cosa l'etica? Come ben rilevano Coin e Gius esiste una categoria di interpretazione dell'etica nei termini di «moralità», in base alla quale l'etica è vissuta come adeguamento del soggetto in maniera quasi automatica ad una fonte di autorità morale esterna, mentre una seconda categoria interpreta l'etica come dimensione che coinvolge il livello dell'identità e dell'esperienza del soggetto: in base a questa seconda categoria l'adeguamento alla norma dice di un processo etico soggettivo intenzionale. A partire dalla categoria della moralità ci si concentra sull'«oggettività e sull'universalità del fatto etico (in quanto insieme di principi, valori e norme in sé dati)» e il valore diventa quindi qualcosa di autoevidente,

In questi anni, inizialmente negli Stati Uniti e in Canada, poi anche in Europa, si sono sviluppati diversi tipi di attività all'interno dei programmi e dei centri di etica clinica, collocati nella maggioranza dei casi presso istituzioni sanitarie. I compiti che essi si propongono prevedono la raccolta di documentazione, generale sulle tematiche dell'etica in medicina e specifica sulle singole questioni, il contributo alle attività dei comitati etici ospedalieri – attenti anche ad altre questioni oltre a quelle della sperimentazione, come ad esempio la formulazione di pareri etici e di linee guida per la pratica clinica dell'ospedale –, i servizi di consulenze etiche per i casi clinici complessi, l'attività di formazione e di insegnamento dell'etica per il personale medico e sanitario e infine attività di ricerca. Inoltre i programmi si sono articolati con fisionomie differenti, dando vita a dei veri e propri modelli di riferimento.

I diversi profili che l'etica clinica possiede oggi presentano analogie anche in base alla loro collocazione geografico-culturale. Pertanto l'analisi che verrà effettuata dei vari modelli e delle diverse scuole si articolerà tenendo conto anche di questo parametro: a partire dall'esame della tradizione americana e dei modelli ivi diffusi ci si avvicinerà progressivamente alla realtà europea e ai vari approcci in essa presenti.

Prima ancora di entrare nel merito di ciascun modello, si possono evidenziare i parametri unitari riscontrabili nell'etica clinica: la loro considerazione permetterà innanzitutto di definire l'identità della disciplina e lo stato dell'arte.

3. *I primi sviluppi nell'area nordamericana*

Negli Stati Uniti e in Canada l'etica clinica ha avuto i suoi primi sviluppi e qui ha assunto un profilo particolare: in tali contesti la dimensione istituzionale infatti ha contribuito a configurare e ha

mentre nell'altra categoria la dimensione etica è letta come «un orientamento esistenziale, un progetto di vita, [ossia] l'intenzionalità del soggetto» (p. 37): in questa prospettiva, «in quest'orizzonte semantico, anche i valori etici assumono rilievo non solo morale, ma anche psicologico e antropologico» (p. 37). Questa è peraltro solo una delle molte distinzioni che sono state tracciate tra etica e morale: essa è particolare perché amplia lo spettro dell'etica filosofica attraverso l'apertura ad una dimensione di tipo psicologico ed esistenziale e sembra quindi interessante per quei settori in cui l'etica è chiamata ad incontrare l'esperienza e ad interagire direttamente con essa.

quindi segnato l'assetto delle modalità di operare dell'eticista, che si è trovato inevitabilmente vincolato ad esse.

Tra la fine degli anni Settanta e il corso degli anni Ottanta il «National Institute of Health» (NIH) statunitense sollecitò e sostenne la promozione e la diffusione di programmi di etica ospedaliera, considerando necessario integrare la valutazione delle pratiche sperimentali con una prospettiva etica, anche per accreditare queste attività presso l'opinione pubblica: l'istituzione degli «Institutional Review Boards» (IRB) preposti alla revisione dei protocolli di sperimentazione rispondeva a quest'esigenza. Per affiancare e completare tale attività, vennero sviluppati poi dei «Clinical Centers Bioethics Programs», ossia dei programmi di bioetica di accompagnamento e supporto ai centri clinici, aventi di solito tre ambiti principali di attività, ossia le consulenze etiche cliniche, la ricerca e la formazione.

Gli autori nordamericani sottolineano come nella pratica della medicina clinica si incontrino sempre più spesso situazioni difficili, con una componente riconducibile all'etica: dalla questione della sospensione, piuttosto che del mantenimento, dei trattamenti, alla presenza dei «Do Not Resuscitate Order» (DNR), le direttive che chiedono non vengano praticate forme di rianimazione cardio-polmonare, alla questione del consenso informato e della comunicazione della verità in una diagnosi, sino ai problemi di relazione tra medici e a quello dell'allocazione delle risorse limitate.

L'etica clinica, definita come l'«etica della pratica clinica e delle questioni etiche che emergono nella cura dei pazienti»,¹⁸ ha una finalità eminentemente pratica, dal momento che è volta essenzialmente a «migliorare la qualità della cura dei pazienti attraverso l'identificazione, l'analisi e il tentativo di risolvere i problemi etici che si presentano nella pratica clinica».¹⁹

Nello strutturare la disciplina da una parte si è recuperata l'idea di insegnare l'etica al letto del paziente, secondo la tradizione di William Osler,²⁰ e dall'altra si è tenuto conto della necessità di elaborare un metodo di indagine utilizzabile nel settore clinico per casi individuali.

¹⁸ J.C. FLETCHER - H. BRODY, *Clinical Ethics*, p. 399.

¹⁹ M. SIEGLER - E.D. PELLEGRINO - P.A. SINGER, *Clinical Medical Ethics*, p. 5.

²⁰ M. SIEGLER, *A Legacy of Osler: Teaching Clinical Ethics at the Bedside*, in «Journal of the American Medical Association», 10 (1978), pp. 951-956. William Osler (Bond Head, Canada 1849 - Oxford, Gran Bretagna 1919) fu medico e professore di medicina. Egli

Tre sono stati i compiti attribuiti all'etica clinica: innanzitutto la formulazione di modalità di indagine e riflessione etica di cui avvalersi nella cura clinica e con i pazienti in stato di malattia e sofferenza, in secondo luogo lo sviluppo di un insieme di servizi pratici per i clinici e i loro pazienti, ed infine lo svolgimento di attività di insegnamento e di ricerca.²¹ Tale impostazione delle attività di etica clinica sottende un taglio metodologico preciso, che si ritrova di frequente negli ambienti anglosassoni: vi è un'attenzione pragmatica e operativa molto accentuata, si ricerca così un «metodo», una strategia operativa che soddisfi al meglio anche le possibili emergenze cliniche, innanzitutto per migliorare la qualità di cura.

Gli autori nordamericani²² sottolineano che, anche nell'ottica di una sua evoluzione e di una sua progressiva maturazione come disciplina, l'etica clinica dovrà spendersi tenendo conto della biotecnologia medica: è indispensabile avanzare parallelamente sia sul fronte dello sviluppo della conoscenza e delle acquisizioni tecnologiche, sia su quello degli approfondimenti etici, nel tentativo di incontrare e raccogliere le direttive di politica sanitaria e di favorire la presa di coscienza pubblica di queste tematiche, che non possono restare appannaggio specialistico dei medici, ma devono essere colte e proposte come questioni di interesse comunitario, nonché sul fronte della fondazione filosofica dell'etica biomedica.

L'alto grado di istituzionalizzazione dell'etica clinica nel contesto nordamericano, ossia il fatto che essa trovi sviluppo entro precise istituzioni ospedaliere e sanitarie, che la giustificano e la legittimano, sembra rispondere anche al bisogno di recuperare una nuova dimensione di rapporto con la medicina, rapporto che necessitava di una nuova definizione dopo la progressiva crisi cui il tradizionale modello medico è andato incontro. Siegler, Pellegrino e Singer notano infatti come nella relazione terapeutica vi sia stato un passaggio dal tradizionale modello paternalistico ad un modello nuovo, entro il quale le caratteristiche principali sono

influenzò in maniera significativa la riflessione anglosassone sulla medicina e sulla clinica, sottolineando in particolare la tensione insita nella medicina tra scienza astratta e pratica concreta, la dimensione di ragionamento pratico presente nella clinica e il suo orientamento all'azione, nonché l'importanza della relazione nella professione medica.

²¹ Cfr. J.C. FLETCHER - H. BRODY, *Clinical Ethics*, p. 401.

²² Cfr. in particolare E.D. PELLEGRINO - M. SIEGLER - P.A. SINGER, *Future Directions in Clinical Ethics*, in «Journal of Clinical Ethics», 1 (1991), pp. 5-9.

rappresentate dal rispetto e dalla tutela dei diritti del paziente e dell'autonomia dei soggetti coinvolti.²³ Questo passaggio è stato letto come uno slittamento «evolutivo» dell'autorità dal medico al paziente, che avrebbe influito sulla stessa relazione terapeutica, rendendola meno squilibrata e in un certo senso più egualitaria: si osservano infatti una maggior volontarietà, l'intenzione di rispetto reciproco per l'autonomia delle altre parti coinvolte, il moltiplicarsi di negoziazioni.²⁴

Gli autori statunitensi affermano perciò che nella prospettiva nordamericana l'etica clinica e le sue diverse attività svolgono la funzione di una sorta di «etica preventiva», la quale presenta le caratteristiche di essere

«meno dispendiosa, più efficace, meno traumatica da un punto di vista emotivo, della litigiosità giuridica, della regolamentazione burocratica e delle incomprensioni e fraintendimenti tra medici, pazienti e familiari».²⁵

L'esigenza di evitare di scadere in una conflittualità diffusa, manifesta o latente, indotta dal contesto così strutturato, pone con urgenza la necessità di fornire risposte operative: bisogna però ugualmente evitare il rischio che l'etica si appiattisca sul livello di una semplice etica «giustificativa».

Inoltre, se da una parte si profila un rischio di eccessiva semplificazione e appiattimento delle questioni, d'altra parte vi è il rischio di scivolare in un'altrettanto assurda e parziale giustificazione dell'etica

²³ *Ibidem*, p. 9.

²⁴ Le osservazioni dei tre autori rappresentano senza dubbio la descrizione del processo cui si è assistito storicamente: la presunta «evoluzione» da una dimensione autoritaria ad un'altra, qual è oggi quella dell'autonomia, non rappresenta però necessariamente una progressione positiva in quest'ambito, dato che essa può essere letta come un mantenimento della medesima logica, con, tutt'al più, una ridistribuzione di poteri e con il rischio di fermarsi ad una semplice contrapposizione di autorità e autonomie pretese e di diritti individuali esigiti. L'opportunità offerta dal progressivo superamento del modello paternalistico di stampo autoritario potrebbe essere invece proprio quella di riconsegnare ai diversi soggetti coinvolti nel processo di cura la loro dimensione di persone, di soggetti morali in relazione reciproca. Limitarsi a porre l'accento e l'attenzione sull'«autorità» e su di un modello legale fa perdere di vista la possibilità di interpretare e vivere questo rapporto in termini differenti, quelli di una relazione, nella quale sono in gioco il riconoscimento interpersonale e la reciprocità, nella differenza, che da questo deriva. Se la questione portante diventa quella dell'autorità, che passa dal medico al paziente, ci si arresta alla sola prospettiva di tutela, quando non di difesa, dei diritti individuali e ci si arresta su di una logica liberale di tipo individualistico, precludendosi così la possibilità di considerare una visione etica ed antropologica differente, intesa ad esempio come incontro personale, comunicazione e azione comune.

²⁵ *Ibidem*, p. 8.

clinica attraverso quel che è stato definito come il «metodo ‘duro’ delle scienze biomediche».²⁶ Infatti a seguito della percezione del rischio di un’eccessiva «soggettività» negli standard della presa di decisione, il «metodo duro», mutuato direttamente dalla biomedicina, vorrebbe sostituirvi i parametri dei fatti scientifici, dei valori sociali e delle considerazioni economiche. Si potrebbe dire che, per contenere le scelte troppo personali, individuali, centrate sul singolo caso e sulla possibilità di recuperare in esso e solo in esso la soluzione del problema, questo metodo conferisce ampio spazio alla «dimensione gestionale», ad esempio introducendo l’uso di studi medici statistici, evidenziando gli standard di «qualità della vita» e applicando i criteri della cosiddetta utilità medica e sociale. Senza sottovalutare o disconoscere l’utilità che può derivare all’etica clinica e alla ricerca dall’introduzione di questo bagaglio conoscitivo, va però rilevata l’assoluta insufficienza e inadeguatezza di questo parametro nel momento in cui esso fosse l’unico o il principale di cui ci si avvale.

a. Attività di etica clinica

Il primo ambito di attività dell’etica clinica è quello della cosiddetta consulenza etica:²⁷ essa è

«un servizio, fornito da un singolo o da un gruppo, per aiutare pazienti, famiglie, rappresentanti, operatori sanitari o altre parti coinvolte, a risolvere incertezze e conflitti riguardanti questioni di valore che emergono in sanità».²⁸

La pratica delle consulenze è assai diffusa oggi nel contesto nordamericano: essa prevede l’intervento di una o più figure di

²⁶ J. VOLLMANN, *Der klinische Ethiker – ein Konzept mit Zukunft? Zur Integration von philosophischer Ethik in die praktische Medizin*, in «Ethik in der Medizin», 7 (1995), pp. 181-192, qui p. 186.

²⁷ Per una presentazione estesa e dettagliata di questa attività si veda il manuale di J. LA PUMA - D. SCHIEDERMAYER, *Ethics Consultation. A Practical Guide*, Boston - London 1994. Negli USA a seguito della consistente diffusione di questa pratica è stata istituita una *task force*, denominata «American Society for Bioethics Consultation» (ASBH), che ha raggruppato due delle associazioni che si occupano di bioetica, e precisamente la «Society for Health and Human Values» (SHHV) e la «Society for Bioethics Consultation» (SBC): alcuni anni fa essa ha pubblicato un rapporto sulle consulenze etiche in ambito sanitario, anche per fornire ad esse parametri unitari, cfr. AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, *Core Competencies for Health Care Consultation*, 1998.

²⁸ AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, *Core Competencies*, p. 3.

consulente, a seguito di una richiesta formulata da una delle persone coinvolte nel rapporto di cura, entro una situazione di incertezza, di dubbio o di conflitto di valori. La domanda riguarda il che cosa fare, il perché e in base a quali ragioni farlo: all'etica sono affidati i compiti di promuovere la comprensione della situazione e di fornire una guida a chi deve prendere la decisione. Il consulente etico svolge un ruolo di mediatore, di chiarificatore delle questioni in gioco, di facilitatore della comunicazione, cerca di stabilire delle priorità e può aiutare a formulare un parere, che comunque non è vincolante.²⁹

Il secondo ambito dell'etica clinica è quello della ricerca, che presenta due versanti: uno di stampo teorico e l'altro di stampo empirico.³⁰ La ricerca teorica si occupa di questioni di fondazione, come la chiarificazione e la valutazione critica dei concetti utilizzati, di questioni metodologiche, quali la strutturazione della coerenza argomentativa, oltreché della formulazione di raccomandazioni per la pratica clinica. In questo tipo di ricerca si considerano il livello morale dei principî, quello legale delle norme e dei vincoli giuridici e quello politico delle linee-guida, al fine di formulare ipotesi e direttive sugli aspetti etici della pratica clinica, e si adotta la metodologia tipica di ciascuna di queste discipline a seconda del livello trattato. Il secondo versante di ricerca è descritto dagli autori nordamericani come di tipo analitico ed empirico: comporta infatti raccolta e analisi di dati clinici attraverso i diversi metodi delle scienze sociali, dell'analisi decisionale, dell'epidemiologia clinica e della ricerca sui servizi sanitari. La distanza tra teoria e prassi, che inevitabilmente qui si presenta, può divenire una risorsa per correggere gli eccessi di ciascuna delle due singolarmente prese, perché da una parte si può intervenire migliorando il processo di presa di decisione e dall'altra si possono ripensare o ridefinire le proposte teoriche. Finalità generale del condurre ricerca in questo settore è sia quella di meglio strutturare il processo decisionale sia quella di fornire una valutazione dell'impatto di queste attività sulla pratica clinica.

²⁹ La consulenza etica viene praticata in alcuni centri anche *a posteriori*, per comprendere la situazione e provare a fornirne, assieme a coloro che l'hanno vissuta, un'interpretazione.

³⁰ Si veda in merito P.A. SINGER - M. SIEGLER - E.D. PELLEGRINO, *Research in Clinical Ethics*, in «Journal of Clinical Ethics», 2 (1990), pp. 95-99.

Infine un terzo ambito di attività riguarda la formazione: l'insegnamento dell'etica medica, della bioetica e delle cosiddette *medical humanities* si va diffondendo in maniera sempre più consistente e sistematica, tanto che queste materie sono previste nella quasi totalità dei *curricula* medici e vengono adottate anche in quelli infermieristici, nella forma di etica infermieristica, ribattezzata come *nursing ethics*. Quindi un ulteriore possibile sviluppo dell'etica clinica è rappresentato da un'introduzione di essa come materia di studio, sia nelle facoltà di medicina e nei diplomi di scienze infermieristiche, sia nei corsi di formazione e aggiornamento per il personale sanitario. A queste attività possono inoltre essere affiancati – nel corso dello svolgimento delle consuete attività cliniche – *forum* o *colloquim* interdisciplinari, nei quali effettuare una revisione dei casi più complessi, attraverso l'individuazione delle questioni che sono emerse in essi. L'etica clinica viene insegnata secondo una modalità particolare, che prevede l'accostamento alla realtà clinica e un approccio strutturato ai casi. I comitati etici, a loro volta, rappresentano anche un tramite formativo sulle problematiche etiche legate alla cura e alla ricerca in campo clinico.

Nell'area nordamericana la figura dell'eticista clinico si è sviluppata e affermata in questi anni anche da un punto di vista professionale;³¹ tale figura si è poi diffusa, seppur in maniera diversa e ancora molto limitata, anche nel contesto europeo. Egli opera per lo più all'interno di un centro ospedaliero di etica medica o clinica, e svolge le attività che si sono analizzate:³² la consulenza per i casi clinici complessi, la formazione e l'educazione degli operatori, la ricerca; a queste attività si aggiungono in molti casi anche la definizione delle politiche sanitarie istituzionali e la formulazione di direttive e linee-guida a partire da casi già affrontati in precedenza. L'eticista può essere di formazione medico-infermieristica oppure filosofica o teologica: egli generalmente integra tale formazione primaria attraverso l'acquisizione di una certa conoscenza e di una pratica dell'altra disciplina, dal momento che le attività che deve svolgere necessitano di entrambe. Inoltre possiede due livelli di competenza specifica: un primo livello di tipo teorico, che prevede la conoscenza della letteratura bioetica, dei principali concetti e riferimenti dell'etica e di griglie di analisi dei casi, e un secondo

³¹ Si veda ancora AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, *Core Competencies*.

³² Cfr. M. SIEGLER - E.D. PELLEGRINO - P.A. SINGER, *Clinical Medical Ethics*, p. 7.

livello di tipo pratico, che comporta una certa familiarità con i casi clinici e con le modalità decisionali tipiche della clinica.³³ L'eticista clinico si trova quindi a svolgere il ruolo di mediatore della discussione, di chiarificatore dei conflitti di valore in gioco, di formatore, a volte anche di consulente nella definizione delle politiche sanitarie istituzionali.³⁴ Egli inoltre, a partire dai casi già affrontati, deriva spesso direttive e linee-guida che possono essere utilizzate in un momento successivo, per casi analoghi.³⁵

b. Possibili evoluzioni dell'etica clinica

Alcune possibili evoluzioni che si prospettano in etica clinica sono innanzitutto il suo sviluppo su di un piano organizzativo: tale sviluppo viene definito come *organizational ethics*,³⁶ e rappresenta il livello organizzativo ed istituzionale dell'etica clinica. Nell'ambito gestionale si fa riferimento a metodologie e contenuti sia dell'etica clinica sia dell'etica degli affari, la cosiddetta *business ethics*: su tale livello vengono praticate forme di consulenza, che hanno lo stesso scopo delle consulenze di etica clinica, dal momento che sono volte a risolvere incertezze o conflitti di valori, che riguardano situazioni di tipo gestionale o amministrativo del

³³ Si veda quanto afferma in merito L. RAVEZ, *Former à l'éthique clinique: Proximité (et distance) des soignants et suspension du jugement*, in «Ethica Clinica», 24 (2001), pp. 31-35.

³⁴ Ma sull'opportunità che l'eticista svolga tale compito vi sono opinioni contrastanti. Si vedano tra le altre le considerazioni espresse in merito da Dell'Oro, che sottolinea la funzione ermeneutica che l'eticista può svolgere: egli opera su tre fronti, innanzitutto quello di ricostruzione delle condizioni di dialogo, qualora queste fossero compromesse, in secondo luogo può favorire un chiarimento dei tratti morali delle decisioni relative ai trattamenti, infine egli può tentare di permettere la «fusione d'orizzonti» tra le parti in gioco, per poter giungere anche all'espressione della decisione del paziente. Cfr. R. DELL'ORO, *La bioetica clinica come etica applicata: problemi teorici della consulenza etica nell'istituzione sanitaria*, in M. PICOZZI - M. TAVANI - P. CATTORINI (edd), *Verso una professionalizzazione del bioeticista*, in corso di stampa.

³⁵ Le linee-guida possono essere definite come le «raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un procedimento sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche» (cfr. R. GRILLI - A. PENNA - A. LIBERATI, *Migliorare la pratica clinica*, Roma 1995, p. 21). Dall'ambito delle questioni strettamente cliniche l'espressione e la procedura di elaborazione delle linee-guida è stata estesa per analogia all'ambito delle questioni etiche che emergono nella prassi clinica. Le linee-guida rappresentano inoltre anche un primo passo verso la strutturazione di indicazioni normative in merito.

³⁶ Traducibile come «etica organizzativa», o «etica gestionale», cfr. il rapporto AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, *Core Competencies*.

contesto sanitario. La differenza tra le due riguarda proprio i tipi di questioni sollevate.

Il livello organizzativo ed istituzionale si caratterizza a propria volta come livello preliminare rispetto a quello giuridico, quello della cosiddetta biogiuridica e del biodiritto (in inglese *biolaw*), ossia di quel diritto che si occupa di trattare e normare le questioni specifiche del settore della vita e della salute. L'etica clinica può apportare contributi significativi rispetto al livello biogiuridico, dal momento che raccoglie le esperienze mediandole attraverso metodi e contenuti teorici ed evidenzia valori e normatività presenti nelle situazioni e nei contesti sanitari.

Al di là degli strumenti operativi che può elaborare e fornire, l'etica clinica reca con sé comunque innanzitutto la possibilità di mettere in risalto e di accostare importanti dimensioni della realtà clinica: essa permette ad esempio di riflettere sull'incontro interpersonale nel momento della cura, quindi sull'intervento rispetto ad una persona in stato di sofferenza, ed è intesa a favorire la presa di coscienza di se stessi come soggetti morali, agenti in un particolare contesto e in un preciso momento storico.

4. *Caratteristiche dell'etica clinica*

Asserto implicito ma fondamentale dell'etica clinica, nella prospettiva dei clinici stessi, è che l'etica, in quanto tale, sia un tratto intrinseco della medicina. Il riconoscimento della medicina quale «impresa intrinsecamente morale»³⁷ rimanda alla struttura stessa dell'atto medico: il rapporto medico-paziente o, più estesamente, l'incontro curante-curato, si caratterizza come momento essenziale della pratica medica. È nell'incontro interpersonale tra la persona del paziente e quella dell'operatore sanitario che viene espressa, esplicitamente o tacitamente, una richiesta di aiuto e di supporto a partire da una condizione di malattia e sofferenza, che presenta una sua fondamentale componente valoriale. Proprio in quest'incontro e in questo spazio si origina la domanda morale, cui va fornita una risposta adeguata.³⁸

³⁷ Cfr. M. SIEGLER - E.D. PELLEGRINO - P.A. SINGER, *Clinical Medical Ethics*.

³⁸ *Ibidem*, p. 5: «L'etica clinica enfatizza che il punto di partenza per effettuare l'analisi etica è l'incontro del paziente e dell'operatore sanitario». Cfr. anche quanto afferma

Le questioni etiche emergenti in questo settore richiedono una riflessione adatta al processo di cura di persone malate, che stanno attraversando una situazione di sofferenza. L'etica clinica si propone di valorizzare la specificità e l'importanza del contesto clinico e di esercitare una forma di ragionamento etico che si possa applicare agilmente nei casi clinici. Per fare questo sono state individuate specifiche modalità di considerazione dei casi e sono state quindi messe a punto delle metodologie e dei veri e propri «protocolli» di decisione e deliberazione. La metodologia adottata per alcuni aspetti risulta analoga a quella della clinica e pertanto risponde più direttamente e più efficacemente alle esigenze di chi opera in tale settore.

Va inoltre sottolineato che nell'ambito clinico si pongono oggi con pari urgenza l'esigenza di fondazione e la necessità di applicazione dell'etica: se da una parte è indispensabile un approfondimento fondativo di tipo etico-filosofico, d'altra parte i problemi etici che emergono sono di portata e di frequenza tali da richiedere l'applicazione di metodologie, la cui validità viene spesso testata sul campo, prima ancora di ricevere adeguata fondazione teorica, al fine di risolvere i casi eticamente difficili e di favorire sia la presa di coscienza delle dimensioni etiche che sono in gioco nelle pratiche sanitarie sia il processo di presa di decisione.³⁹

L'etica clinica si è strutturata così in stretta analogia con la pratica clinica stessa. Questa analogia trova diverse spiegazioni: secondo alcuni studiosi essa non sarebbe altro che un ampliamento del metodo clinico, nel quale verrebbero ricompresi valori etici e norme, da cui conseguirebbero quindi le scelte, con il risultato di coinvolgere così il soggetto, anche in quanto agente morale, nell'atto medico. Per questi autori la specificità dell'etica clinica può essere colta secondo la fisionomia della medicina clinica stessa, nei termini di un'esperienza sorvegliata e guidata, di una responsabilità crescente e di discussioni collegiali.⁴⁰ Secondo altri autori, invece, la specificità dell'etica è di essere una disciplina di tipo pratico, così

in merito P. CATTORINI, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Milano 1996 (2000²).

³⁹ Una delle critiche più dure mosse all'etica clinica riguarda la fondazione teorica delle diverse proposte, che sono ritenute essere in difetto proprio da un punto di vista teorico.

⁴⁰ E.D. PELLEGRINO - M. SIEGLER - P.A. SINGER, *Teaching Clinical Ethics*, in «Journal of Clinical Ethics», 3 (1990), pp. 175-180, qui p. 179.

come la medicina clinica: questo tratto comune permette quindi un incontro fecondo delle due.

È stato suggerito di leggere l'etica clinica scomponendola secondo tre assi fondamentali: l'asse clinico, l'asse etico-filosofico e l'asse pedagogico-formativo.⁴¹ Ad essi si accosta la dimensione dell'incertezza, che si profila come il momento e lo spazio nel quale l'etica clinica è chiamata ad intervenire.

5. *L'asse clinico*

Il metodo che viene seguito nella pratica clinica può essere rappresentato come un processo, finalizzato, attraverso la formulazione di un giudizio clinico, a prendere una decisione e ad intraprendere l'azione terapeutica: in tal senso la medicina clinica si esercita secondo la modalità propria del ragionamento e del giudizio pratico, che è volto appunto all'azione. Esso si struttura secondo una precisa sequenza, che prevede l'osservazione dello stato del paziente e la raccolta dei dati medico-clinici, la formulazione di diagnosi e prognosi, la considerazione degli interventi possibili, la scelta di un percorso terapeutico e la valutazione degli esiti conseguenti.

La modalità di ragionamento seguita nella clinica non è quindi assimilabile né al ragionamento meramente induttivo, né a quello puramente deduttivo; un'epistemologia del giudizio clinico non può inoltre essere risolta riducendola «entro i limiti di un'impresa puramente formale»,⁴² dal momento che lo scopo, la finalità primaria del ragionamento clinico è quella di compiere una sintesi tra la comprensione della malattia e la decisione medica rivolta al paziente. Si tratta di «un'azione sintetica che è teoretica e pratica allo stesso tempo».⁴³ Per questo la medicina si struttura come un'unità di conoscenza e di sapere teorico e pratico insieme: essa prevede una fase teorica, un momento pratico che la motiva e un

⁴¹ Si veda P. BOITTE, *La pratique clinique comme source potentielle de questionnement éthique*, in P. BOITTE - B. CADORÉ - P.-Y. VAN GILS - M. ENGLERT, *Quell'éthique pratique en médecine?*, Bruxelles 1996: tale definizione è derivata da un progetto sull'etica clinica concorrente nel Programma comunitario europeo BIOMED 2 elaborato nel 1996 da B. Cadore, P. Boitte e J.-F. Malherbe.

⁴² R. DELL'ORO, *The Praxis of Medicine and the Epistemology of Clinical Judgement*, *pro manuscripto*, 1998, pp. 1-24, qui p. 4.

⁴³ *Ibidem*, p. 11.

incontro interpersonale a prescindere dal quale non si può cogliere ed esplicitare il suo senso. Per questo risulta appropriato il termine di «giudizio» clinico: il giudizio infatti, ricorda Jonas pensando a Kant, porta a delle decisioni e si esercita tramite l'esperienza, ma necessita sempre di un'intuizione personale.⁴⁴

L'osservazione iniziale e la lettura dei dati clinici è volta a poter formulare ipotesi diagnostiche che verranno poi verificate in sede sperimentale o che verranno interpretate, valutando la singolarità della situazione e raffrontando il caso particolare alla conoscenza e all'esperienza generale. Le odierne capacità diagnostiche dovrebbero essere a propria volta strumentali rispetto allo svolgersi di questo processo e alle finalità più generali della medicina. I risultati e i segni che esse permettono di raggiungere vanno infatti ricondotti entro una prospettiva più globale e sintetica, che favorisca la formulazione di una diagnosi e di una proposta terapeutica.

La decisione che da questo percorso deriva comporta la presenza e l'esercizio di competenze differenti rispetto a quelle che caratterizzano una semplice analisi di tipo scientifico, dal momento che essa implica l'espressione di una valutazione su di un oggetto che è in realtà un soggetto, dunque un individuo sempre unico e singolare, e richiede quindi, al di là delle conoscenze specialistiche, intuito, capacità di formulare ipotesi alternative o, ancora, esperienza, maturata sul campo: infatti

«diversamente dalla patologia della malattia [*disease*], il fenomeno della malattia [*illness*] non può essere osservato, analizzato e spiegato in sé stesso, ma deve essere compreso come parte di un più vasto quadro comprendente il mondo della vita di un soggetto».⁴⁵

In tal senso è stato evidenziato come il processo di giudizio clinico si presenti nei suoi diversi stadi come un processo interpretativo.⁴⁶

⁴⁴ Cfr. H. JONAS, *Arte medica e responsabilità umana*, in H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, trad. it., Torino 1997, pp. 109-121, qui in particolare pp. 110-111.

⁴⁵ R. DELL'ORO, *The Praxis of Medicine*, pp. 11-12.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 18, in particolare il paragrafo «Hermeneutics of Clinical Reasoning». A detta di Dell'Oro nel processo di cura e nel giudizio clinico l'interpretazione si esplica su livelli differenti, riconosciuti in almeno tre, che rappresentano anche i poli di ogni incontro clinico, ossia il livello del paziente, quello del rapporto medico-paziente ed infine quello della decisione che da questi due primi momenti scaturisce: ad un primo livello si ha interpretazione da parte del paziente di come lui comprende la sua stessa malattia, in secondo

Al di là dell'incertezza legata a questa dimensione interpretativa della decisione, nel contesto clinico, in particolare nella diagnosi e nella terapia, permane sempre uno spazio di incertezza e indeterminazione, che comporta una variabilità notevole anche nei diversi comportamenti clinici. Ed è proprio nelle situazioni di incertezza che emerge la domanda etica.⁴⁷

La dimensione dell'incertezza si profila allora come il terreno comune, il primo tratto che unisce asse clinico e asse etico-filosofico dell'etica clinica.

6. *L'asse etico-filosofico*

In etica clinica il tentativo, messo in atto in particolare da parte di chi aveva rilevato il problema, si era interrogato e aveva riflettuto sulla complessità dell'esperienza morale che si sperimenta nell'atto di cura, è stato quello di elaborare una proposta di etica che preservasse le due istanze etiche fondamentali, quella del bene e quella del giusto, cercando di trovare una forma di ragionamento più adeguata al contesto clinico, meno rigidamente deduttiva, più attenta all'esperienza particolare della sofferenza e della malattia e alla specificità del ragionamento morale in situazione.⁴⁸

Secondo molti autori si può osservare una stretta analogia tra l'etica e la clinica. Tale analogia può essere variamente spiegata: per taluni – come già ricordato – essa non sarebbe altro che un ampliamento del metodo clinico, nel quale verrebbero integrati valori etici e scelte ad essi conseguenti, coinvolgendo così il soggetto morale nell'atto medico.⁴⁹ Più propriamente Diego Gracia evidenzia come

luogo l'interpretazione riguarda il modo di comprendere la relazione medico-paziente nel contesto dell'incontro clinico ed infine si dà interpretazione nella decisione clinica stessa.

⁴⁷ Vi è del resto unanimità nel riconoscere che l'etica clinica trova collocazione proprio nelle situazioni di perplessità e incertezza, cfr. M. SIEGLER - E.D. PELLEGRINO - P. SINGER, *Clinical Medical Ethics*, p. 5: «Clinical ethics is an urgent and concrete exercise enmeshed in factual uncertainty», e le considerazioni di B. CADORÉ; si veda inoltre J.F. MALHERBE, *L'incertitude en éthique. Perspectives cliniques*, Montreal 1996.

⁴⁸ Cfr. C. VIAFORA, *Introduction*, in C. VIAFORA, *Clinical Bioethics: Search to the Foundations*, Dordrecht (in stampa). Il ragionamento morale risulta sempre «situato» dal momento che esso si situa appunto in uno spazio e in un tempo ben precisi e fa riferimento a una realtà o ad individui sempre unici e singolari.

⁴⁹ S. SPINSANTI, *Bioetica e antropologia medica*, Roma 1991, p. 30 afferma: «La bioetica clinica non è essenzialmente che un ampliamento del metodo clinico, già familiare ai medici e per analogia ad altre professioni sanitarie, esteso fino ad includere i valori etici

si dia un'analogia forte e strutturale tra la medicina clinica e l'etica, dal momento che entrambe rimandano alla virtù della prudenza e alla capacità della ponderazione, nonché alla considerazione dei casi, sottolineando così la normatività implicita nella prassi:

«la medicina clinica non è una scienza, ma un'arte o una tecnica che deve esercitarsi col sapere, ma anche con prudenza, che è la virtù etica per antonomasia ... la clinica e l'etica ... devono prendere decisioni particolari, e necessitano, pertanto, di elevare alla categoria di metodo l'analisi dettagliata dei casi concreti».⁵⁰

Essenziale ai fini della formulazione di un giudizio pratico è proprio la dimensione della prudenza o della saggezza pratica, qui più volta citata: è proprio tramite questa attitudine – che nella tradizione morale è riconosciuta nei termini di una «virtù» – che si riesce a giungere a una decisione che cerca di conciliare il bene e il giusto della situazione, di un particolare caso, nella storia di quell'essere umano unico e individuale.

Rispetto allo statuto dell'etica clinica, secondo alcuni autori⁵¹ parlare di etica applicata per l'etica clinica sarebbe improprio: sia da una prospettiva medica perché l'etica – come sin qui evidenziato – è parte integrante della medicina, sia da un punto di vista filosofico, perché l'etica è un sapere pratico ed è quindi caratterizzata di per sé da una dimensione pratica e applicativa. L'opzione morale è vissuta e interpretata come sempre presente, seppur in maniera implicita, nell'attività sanitaria: l'etica medica e clinica non sarebbe tanto una disciplina applicata alla medicina, bensì piuttosto una «funzione riflessiva della medicina stessa» e in tal senso essa potrebbe essere letta come una forma di ermeneutica medica.⁵²

e le scelte ad essi connesse; ovvero, fino a includere nell'atto medico anche il soggetto morale». Questa interpretazione risente dell'impostazione anglosassone, in particolare nord-americana, che si è data all'etica clinica e rischia forse di avallare l'ipotesi che l'etica clinica si strutturi essenzialmente come un elemento del tutto sistematico rispetto alla pratica clinica, perdendo però così di vista la potenzialità critica, la funzione di coscientizzazione e di responsabilizzazione – rispetto a parametri consolidati nella pratica e nell'ambito medici – che ogni riflessione etica porta con sé, nel momento in cui coglie e affronta la tensione centrale del ruolo e del compito degli operatori sanitari e della medicina.

⁵⁰ D. GRACIA GUILLEN, *Bioetica clinica*, in S. LEONE - S. PRIVITERA (edd), *Dizionario di bioetica*, Bologna 1994, pp. 98-102.

⁵¹ Cfr. D. THOMASMA, *Clinical Bioethics in a Postmodern Age*, in C. VIAFORA (ed), *Clinical Bioethics*.

⁵² Cfr. anche P. CATTORINI, *Applicare o interpretare?*: «Ermeneutica è appunto il nome del particolare lavoro interpretativo, che la ragione pratica deve svolgere, nell'applicarsi al

La stessa funzione dell'eticista in ambito clinico sarebbe perciò innanzitutto una funzione ermeneutica, che si articola ad esempio attraverso le tre fasi della ricostruzione delle condizioni del dialogo, laddove queste siano compromesse, del chiarimento dei tratti morali presenti nelle decisioni sui trattamenti, del tentativo infine di permettere una «fusione d'orizzonti» tra le parti in gioco, che conferisca spazio alla decisione del paziente.⁵³

L'etica in ambito clinico ha quindi la funzione non solo di avallare procedure e metodologie tipiche della medicina, bensì anche di fornire uno sguardo critico sulle pratiche e di permetterne una riconsiderazione e un'interpretazione, rilevando continuità, coerenze e tensioni tra la dimensione morale che la medicina riconosce come propria e il compito morale che la società conferisce ad essa.

Rispetto alla fisionomia tradizionale dell'etica, l'etica clinica presenta alcuni tratti caratteristici e originali:⁵⁴ essi sono ad esempio il venir meno della centralità della teoria, che profila quasi un rovesciamento nel rapporto teoria-prassi, dovuto appunto alla crescente importanza, per così dire al dominio, che la prassi sembra esercitare nel contesto odierno; una spiccata dimensione decisionale, preponderante rispetto al momento di fondazione e di analisi razionale; la necessità di sviluppare sempre più una pratica partecipativa, dal momento che è importante e da ultimo indispensabile coinvolgere chi verrà influenzato direttamente dalle decisioni; la possibilità conseguente che l'etica clinica sia ricondotta così ad una forma di proceduralismo.⁵⁵ Queste peculiarità hanno comportato alcune conseguenze di non secondaria importanza ai fini di una fondazione filosofica delle diverse proposte e dei differenti modelli.

Su questo livello si evidenziano anche alcuni tratti problematici: l'introduzione di studi e riflessioni di tipo umanistico e filosofico in

caso individuale» (p. 89) e in particolare «Per ciò che concerne la bioetica clinica, l'ermeneutica impone di considerare compito etico fondamentale giustificare l'azione determinata (che si valuta essere la migliore realizzabile in quello specifico caso) come congrua, adatta e proporzionata per il soggetto concreto, che vive in quella specifica circostanza» (p. 91).

⁵³ Cfr. R. DELL'ORO, *La bioetica clinica*.

⁵⁴ Cfr. D. THOMASMA, *Clinical Bioethics*.

⁵⁵ Con proceduralismo in ambito etico si fa riferimento ad un insieme di procedure attraverso cui si garantisce la partecipazione effettiva di tutti i soggetti coinvolti nelle decisioni. Il rischio che sembra profilarsi è quello di un'etica strategica, che bilanci i diversi interessi e poteri in gioco, senza considerare le conseguenze più vaste, di diverso livello e di più lungo periodo implicate. Thomasma, sulla scia di Diego Gracia, suggerisce di sostituire ad esso una forma di proceduralismo forte, nella quale sia ricompresa ad esempio la considerazione degli interessi di tutta l'umanità.

medicina sembra aver comportato anche conseguenze impreviste, ad esempio «l'importazione all'interno della medicina di tutte le difficoltà che sono presenti nella filosofia moderna, specialmente quelle relative al confronto tra le varie teorie morali».⁵⁶

Le difficoltà metodologiche che l'etica clinica presenta costringono inoltre a riconsiderare e ripensare l'approccio alla stessa filosofia della medicina, che andrebbe accostata attraverso un approfondimento della dimensione esperienziale ed esistenziale: come argomenta Malherbe, se per costruire il quadro teorico dell'etica clinica si può parlare di una «filosofia del soggetto malato in domanda di guarigione», l'epistemologia della medicina dovrà essere integrata attraverso un'«antropologia della malattia e della guarigione».⁵⁷

7. *L'asse pedagogico-formativo*

Dal momento che una parte consistente della responsabilità primaria delle decisioni – morale, clinica e giuridica – resta dell'operatore e del curante, un ruolo centrale assumono il coinvolgimento e la formazione degli operatori sanitari e dei medici, dell'équipe curante nel suo insieme: i metodi che l'etica clinica individua per l'analisi, l'identificazione e la soluzione dei casi complessi rappresentano uno strumento valido, utile in particolare per abituare medici e operatori a rilevare e cercare di gestire la presenza di dimensioni etiche nella presa di decisione quotidiana.

Proprio per la difficoltà di individuare su chi gravi la responsabilità, morale e giuridica, delle raccomandazioni espresse e della scelta fatta sono fortemente discussi la presenza e l'intervento di altre figure nel processo decisionale, ad esempio quella del consulente etico.

⁵⁶ D. THOMASMA, *Clinical Bioethics*. Si consideri che problemi della filosofia moderna sono anche le visioni antropologiche e le varie forme di dualismi in esse implicite, ad esempio, per citarne uno qui particolarmente rilevante, il dualismo corpo-anima.

⁵⁷ Cfr. J.-F. MALHERBE (ed), *Méthodes et finalités de l'éthique clinique*, sintesi dei lavori del 2ème Séminaire international d'éthique clinique tenutosi a Castel Ivano (Trento), nel maggio 1995. In questa stessa direzione argomenta Thomasma quando parla di un recupero delle strutture esistenziali della *finitude*, della malattia e della guarigione quali componenti essenziali della relazione terapeutica, a propria volta fondamento dell'etica in medicina. Cfr. D. THOMASMA, *Clinical Bioethics*, pp. 23-25.

Le modalità con cui impostare la formazione dei curanti sono comunque molteplici e dipendono in parte dalle diverse interpretazioni conferite allo statuto dell'etica in medicina.

Pellegrino, Siegler e Singer hanno individuato la giustificazione ultima dell'insegnamento dell'etica clinica nel contributo che essa porta alla cura del malato, dal momento che ogni decisione medica seria sarebbe costituita da almeno due elementi, da un lato quello tecnico, che comporta l'applicazione delle conoscenze delle scienze di base e cliniche e d'altro lato quello morale, che permette di cogliere se la decisione tecnicamente corretta risulti anche moralmente perseguibile.⁵⁸ L'attenzione andrebbe posta quindi sia all'eticità della decisione, per così dire alla sua intenzionalità, sia all'eticità del processo di presa di decisione.

Questi autori suggeriscono perciò una modalità di insegnamento che si svolge in fasi diverse e complementari, detta delle «5 C» (*five C's*, in inglese):

- impostazione Clinica dell'insegnamento,
- attenzione incentrata sui Casi,
- Continuità dell'insegnamento nel corso del *curriculum* del medico,
- Coordinamento dell'insegnamento dell'etica,
- partecipazione attiva dei Clinici.

Questo approccio favorirebbe l'apprendimento da parte dei clinici, tra i quali sono compresi medici, infermiere e infermieri, fisioterapisti e altri terapisti, tirocinanti e studenti, proprio perché permetterebbe loro di accostare e rilevare le questioni etiche a partire dalla loro esperienza, pertanto di avvertirle come meno teoriche ed astratte, nonché di sviluppare progressivamente l'abitudine e l'attitudine alla discussione e alla partecipazione attiva, al dialogo, all'esposizione delle proprie ragioni; quest'ultimo tratto favorisce anche la chiarificazione e la presa di coscienza delle ragioni che motivano il proprio agire.

Secondo i tre autori l'insegnamento dell'etica – che può essere impartito da medici, filosofi che si occupano di bioetica, infermieri e personale sanitario in genere, che siano a loro volta formati in merito – dovrebbe riguardare sia gli aspetti dell'etica definiti come «cognitivi», sia i suoi aspetti «comportamentali». Con abilità cognitive essi intendono la capacità di cogliere e definire

⁵⁸ Cfr. E.D. PELLEGRINO - M. SIEGLER - P.A. SINGER, *Teaching Clinical Ethics*.

le questioni etiche della pratica clinica, di identificare i principî, i doveri e gli obblighi coinvolti, di chiarire i conflitti tra principî e le modalità di soluzione degli stessi, di giungere a formulare una scelta morale e una decisione e di saper prevedere le obiezioni che ad essa potrebbero essere mosse, individuando così le possibili alternative e modificazioni alla decisione stessa. Accanto a queste abilità, che possono e devono essere insegnate, vengono affiancate le cosiddette «abilità comportamentali», che verrebbero comunque insegnate al fine di permettere al medico di sviluppare un carattere appropriato al ruolo e alla professione che svolge. Le conoscenze etiche e le modalità argomentative dell'etica devono assumere la forma di un'abitudine e di modalità comportamentali proprie: viene perciò sottolineata l'importanza di sviluppare una personalità forte, da parte del medico, che dovrebbe presentare il profilo della persona saggia e virtuosa, cui il paziente possa naturalmente dare la propria fiducia. La stessa valutazione dell'insegnamento dell'etica avviene attraverso il riferimento e il recupero delle finalità più generali dell'etica, individuate dagli autori nella «formazione di persone virtuose», il che ne sottolineerebbe il coinvolgimento della dimensione del carattere, e nella «produzione di decisioni giuste e buone», che denoterebbe l'acquisizione di un'abilità anche cognitiva in merito.⁵⁹

In questa stessa direzione si muovono le considerazioni di altri autori, ad esempio quelle di Gilles Voyer:⁶⁰ a suo modo di vedere, l'azione clinica necessita di un giudizio, cioè della capacità di giudicare, di deliberare e di compiere una scelta. Queste caratteristiche sottolineano il rimando dell'azione clinica all'agente, che è il clinico, il quale deve appunto esprimere un giudizio e per fare questo deve entrare in rapporto col malato: perciò l'«essere clinico» dice appunto di un modo d'agire, che deve essere mediato e acquisito dalla persona del clinico. Le disposizioni che permettono di esercitare la scelta possono essere acquisite attraverso l'educazione, quindi per il tramite di un percorso pedagogico particolare, e la presa di decisione, che presuppone esercizio ed esperienza.

⁵⁹ Nella concezione di questi autori la virtù è intesa anche e soprattutto come *habitus* alla decisione e quindi come sviluppo di una disposizione in tal senso.

⁶⁰ Cfr. G. VOYER, *Qu'est-ce que l'éthique clinique?*, Montreal 1996.

8. *Un quarto asse?*

La situazione nella quale si deve decidere e pronunciare un giudizio etico in ambito clinico è una «situazione di incertezza, nella quale si è chiamati professionalmente a prendere decisioni che possono modificare la storia di altre persone, in assenza di un sapere ragionevolmente certo rispetto alla direzione positiva o negativa che tale modificazione potrà prendere». ⁶¹ I casi e le condizioni di incertezza che si incontrano e si creano nella quotidianità clinica richiedono di rilevare questo momento di sospensione, di evidenziarne origini e caratteristiche per tentare di superarlo attraverso una decisione: l'incertezza clinica può quindi, a propria volta, anche essere letta come parte dell'incertezza che sempre caratterizza le scelte e l'agire nell'esistenza dell'essere umano, per la dimensione di limite che lo contraddistingue.

Già nell'Ottocento William Osler definiva la medicina clinica come «una scienza dell'incertezza e un'arte della probabilità». ⁶²

L'incertezza nel contesto clinico può avere origini e fisionomie diverse: può essere di livello tecnico, nel caso di carenza o assenza di adeguati mezzi diagnostici o terapeutici, o quando ci sia una scarsa conoscenza degli effetti di lungo periodo di determinati trattamenti, oppure può essere di livello propriamente etico, quando sono coinvolte opzioni e dimensioni morali. Essa risente in particolare di alcuni elementi caratteristici del contesto: innanzitutto la presa di decisioni a rischio, tratto del resto tipico del campo clinico, in secondo luogo la relatività delle norme etiche operanti nella nostra società, ossia l'estrema difficoltà di formulare delle norme su quanto attiene scelte e opzioni che riguardano i momenti cruciali della vita, in terzo luogo il carattere ogni volta unico e singolare delle esperienze, che dice di una componente più marcatamente antropologica. ⁶³

«Il dubbio viene individuato non come una situazione paralizzante, ma come un produttivo punto di partenza di un ragionamento

⁶¹ L. ROCCHETTI, *Etica, bioetica e quotidianità*, in COLLEGIO IPASVI DI TRENTO (ed), *Etica. Atti del Convegno Nazionale Infermieri*, Trento 3 febbraio 1995, pp. 21-33, qui p. 30; l'autrice ricava a sua volta la definizione da G. TOGNONI, *Il mercato dell'etica*, in «Ricerca & Pratica», 53 (1993), pp. 145-154, qui p. 147.

⁶² Citato in A.R. JONSEN - M. SIEGLER - W.J. WINSLADE, *Clinical Ethics*, New York 1998, p. 18.

⁶³ Cfr. J.-F. MALHERBE, *Méthodes et finalités*.

etico».⁶⁴ Tale incertezza investe la responsabilità degli operatori sanitari e del curante in quanto soggetti morali, prima ancora che come professionisti; essa denota l'esistenza di situazioni problematiche o dilemmatiche, che vanno considerate nella loro complessità e che sollecitano il ragionamento morale nella sua duplice componente, riflessiva e operativa.⁶⁵ La particolarità dei casi richiede, infatti, di riflettere su circostanze che, pur presentando taluni tratti riconducibili a principi e condizioni note, per novità e variabilità di altri tratti e, soprattutto, dei soggetti individuali coinvolti, sono del tutto originali.

Cadoré sottolinea che, quando l'incertezza penetra nella struttura della medicina, bisogna sempre porre in atto una riflessione che valuti quale normatività si costruirà con l'operare una scelta piuttosto che un'altra e con il compiere una determinata azione: valutare come buona una precisa scelta o come giusto un certo processo significa infatti riconoscerne la valenza morale. Nel processo di analisi, di formulazione del giudizio etico e di presa di decisione risultano quindi ugualmente importanti sia la capacità creativa, che permette di rapportarsi alla singolarità della situazione, di comprenderla come tale e di formulare quindi una risposta originale e pertinente ad essa, sia il riferimento alla dimensione normativa, che è sempre inevitabilmente coinvolta e interessata.

L'incertezza diviene allora «il nome diverso della libertà; in ogni decisione pratica permane un'incertezza residuale, che sembra essere radicalmente legata alla condizione umana stessa»⁶⁶ e l'etica sembra profilarsi così come un tentativo di accompagnare coloro che decidono nello sforzo di integrare l'incertezza nella propria esistenza.⁶⁷

⁶⁴ S. SPINSANTI, *Bioetica e antropologia medica*, p. 34.

⁶⁵ Si vedano le riflessioni di B. CADORÉ, *L'éthique clinique*. Da L. ROCCHETTI, *Etica, bioetica*, p. 30, è stato evidenziato che alcuni fattori, quali la disponibilità al dialogo e alla parità di poteri, la libertà di dialogo e la possibilità di incontro delle reciproche incertezze e la mancanza di norme giuridiche in merito, sono pregiudiziali alla formulazione di un giudizio in tale contesto di incertezza: d'altro canto si devono garantire alcuni parametri, come la capacità professionale stessa, il rispetto dei codici di deontologia ed il rispetto dell'etica civile, presente in maniera più o meno esplicita nel quadro giuridico stesso.

⁶⁶ J.-F. MALHERBE, *L'incertitude en éthique*, p. 54.

⁶⁷ Cfr. J.-F. MALHERBE - L. DETHIER - L. RAVEZ, *La fonction éthique dans le monde hospitalier*, in «Ethica Clinica», 1 (1996), pp. 4-13. Si pensi anche a quanto afferma il sociologo Zygmunt Bauman, il quale nel suo testo *Le sfide dell'etica*, definisce l'etica essenzialmente come «terreno dell'aporetico».

Grazie alla condizione di generale incertezza e di forte responsabilità che le persone vivono nel momento e nello spazio della cura, esse possono riscoprire la propria «capacità etica».⁶⁸

Si traccia quindi forse un possibile quarto asse, rappresentato dall'incertezza. L'incertezza rimanda ad un piano ulteriore, la cui fisionomia è di tipo esistenziale e psicologico, ma non solo, e che rappresenta un'altra dimensione in gioco nell'etica clinica: in ogni scelta e in ogni giudizio sono presenti emozioni, affetti, resistenze e paure, e questi ultimi non possono essere colti, ascoltati ed accolti a prescindere da una considerazione delle dinamiche interiori, di tipo psicologico ed esistenziale appunto.⁶⁹ L'incertezza – più radicalmente ancora – dice di qualcosa che riguarda la condizione umana, quindi riconduce ad una dimensione di tipo antropologico.

⁶⁸ Cfr. B. CADORÉ, *L'éthique clinique*, e *L'éthique clinique comme révélateur des mutations de la fonction médicale*, contributo al *Seminaire d'aide éthique à la décision clinique*, 3^{ème} Séminaire International d'Ethique Clinique, Lille, maggio 1996.

⁶⁹ Infatti se da un punto di vista etico strettamente inteso la scelta è una questione di validità delle possibili alternative, da un punto di vista psicologico-esistenziale essa è una questione di fattibilità di una particolare alternativa, che chiaramente risente delle condizioni particolari e contestuali: da entrambi questi elementi dipende la sua realizzabilità.

Alla ricerca dei principi

La consapevolezza della dimensione etica della medicina non è certo una novità di questi ultimi decenni: tradizionalmente l'etica medica era rappresentata dalla deontologia medica, che nei codici forniva numerose indicazioni morali per la buona condotta e la buona pratica medica.

Queste indicazioni derivavano da norme morali strettamente intese, da regole di comportamento o da regole di condotta professionale e facevano riferimento a presupposti etici ed antropologici implicitamente riconosciuti nella pratica medica, incentrata sulla nozione e sul rapporto di cura, in vista della conoscenza – mai però fine a se stessa – e della guarigione.

A partire dagli anni Sessanta l'etica medica si disegna una fisionomia sempre più propria rispetto alla deontologia, sia per le novità che contraddistinguono la pratica medica sia per le nuove richieste che alla medicina giungono dalla società e dalla cultura che – come si è visto – sono in profondo mutamento.

Il modello dei principi, detto anche principlismo, teorizzato da Beauchamp e Childress, ha rappresentato il primo tentativo di formulare una proposta unitaria, specificamente bioetica – quindi pluralistica e interdisciplinare –, rispetto alle questioni etiche emergenti nella medicina: anche per questa ragione esso si è imposto come inevitabile termine di riferimento nel dibattito bioetico. Negli ambienti accademici nordamericani ci si riferisce ad esso come al *Georgetown Mantra*, il Mantra di Georgetown, l'università presso la quale operano gli autori. Esso è stato utilizzato come metodologia anche in campo clinico, grazie all'analisi dei casi scelti da questi autori.

Per questo suo ruolo chiave, e per la specificità che il principlismo ha rivestito e riveste all'interno della disciplina bioetica, si è scelto di presentarlo qui.

1. Il modello dei principî di Beauchamp e Childress

Il «modello dei principî» appartiene pienamente al settore dell'etica medica: l'esposizione che lo rappresenta è stata formulata negli anni Settanta dai due filosofi statunitensi Tom L. Beauchamp e James F. Childress.¹ Il loro lavoro cercava di cogliere la metodologia del ragionamento etico in generale, per contestualizzare poi quest'ultimo entro il campo biomedico ed individuare i principî portanti dell'etica biomedica stessa, in anni durante i quali la disciplina della bioetica iniziava a strutturarsi: la finalità di tale proposta era quella di fornire un metodo e delle indicazioni utili sia ai professionisti sanitari per la gestione di situazioni concrete, sia ad un pubblico più generale, appartenente alla società civile, per stabilire linee direttive nel campo sanitario.

A partire da questa prima esposizione si è andato sviluppando attorno ad esso un ampio dibattito,² che ha permesso agli autori di rielaborare, approfondire e rivisitare a più riprese il modello iniziale. Questo approccio viene definito generalmente come «principismo», ma gli autori, che percepiscono il termine come spregiativo,³ lo rifiutano, preferendo ad esso l'espressione «approccio dei quattro principî» o quella di «paradigma dei principî».⁴ Il primo documento nel quale è rinvenibile questo approccio è il *Belmont Report*, rapporto sulla sperimentazione medica che coinvolgeva soggetti umani, preparato e pubblicato nel 1978 dalla «National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research»:⁵ della commissione aveva fatto parte lo stesso Beauchamp.

¹ T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, New York 1994; trad. it. *Principi di etica biomedica*, Firenze 1999. I *Principles of Biomedical Ethics*, pubblicati per la prima volta nel 1979, furono poi riediti nel 1983, 1989 ed infine nel 1994. In ciascuna riedizione gli autori apportarono approfondimenti e chiarimenti.

² Dibattito che è tuttora in corso, si veda ad esempio la recente ripresa della questione in A. SMITH ILTIS (ed), *Specification, Specified Principlism and Casuistry*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 3 (2000), numero monografico.

³ Cfr. K.D. CLOUSER - B. GERT, *A Critique of Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), pp. 219-236.

⁴ Qui di seguito le diverse espressioni verranno utilizzate come sinonimi, senza conferirvi alcuna connotazione negativa.

⁵ THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Washington D.C. 1978; trad. it. in S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Roma 1993, pp. 243-254. La commissione venne istituita dal presidente degli Stati Uniti a seguito della scoperta di tre casi di sperimentazione condotti senza garantire

Nel principlismo la bioetica viene letta come una forma di *etica pratica* – espressione preferita a quella di «etica applicata»⁶ – dal momento che si cerca di ricavare da teorie generali indicazioni più precise che informino e guidino particolari condotte e comportamenti, in questo caso quelli medici. L'etica biomedica viene da loro definita come

«una riflessione teorica e pratica sul ragionamento morale nel settore della sanità, ovvero sugli elementi di riferimento (principi e regole) che rientrano nella deliberazione e giustificazione morali».⁷

In tal senso il modello di etica biomedica scelto dagli autori è finalizzato a «fornire uno schema di riferimento per il giudizio morale e per il processo decisionale».⁸

2. *Una precisa opzione di metodo*

Da un punto di vista metodologico, gli autori dichiarano di voler difendere un metodo di coerenza, specificità ed equilibrio, che permetta di derivare da principi di primo ordine, che si qualificano come doveri *prima facie*,⁹ criteri di secondo ordine, nella forma di regole specifiche e procedurali, a partire dalle quali è possibile formulare giudizi sulle singole situazioni. Questa premessa di tipo metodologico ha costituito l'oggetto primo di confronto, critica e dibattito sul principlismo, anche per la sua impostazione strettamente procedurale; essa risponde ad una precisa scelta di campo degli autori, i quali escludono che all'interno di una teoria morale giustificazione e verità debbano necessariamente coincidere.¹⁰

l'incolumità né tutelare la dignità dei soggetti in esse coinvolti (si veda *infra*, nota 30), al fine di definire i principi che dovevano guidare e regolamentare da un punto di vista etico la pratica medica, clinica e sperimentale.

⁶ Secondo gli autori l'espressione «etica applicata» farebbe riferimento a un modo ormai superato di fare etica.

⁷ T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principles* (1979), pp. VII-VIII.

⁸ *Ibidem*, p. 15.

⁹ Nel senso che sono ritenuti validi *prima facie*, mai assolutamente: si veda *infra*, § 6.

¹⁰ Tale distinzione poggia sul presupposto che la giustificazione morale si limiti ad essere l'approvazione, la legittimazione formale di un determinato comportamento: essa quindi non è chiamata ad evidenziare la coerenza effettiva con un principio o il rispetto di un criterio riconosciuto ed esplicito di bene, e nemmeno deve agire da prospettiva critica sui comportamenti.

A detta degli autori, in ogni teoria etica, a prescindere dai suoi contenuti specifici, esistono tre possibili procedure di giustificazione: il «deduttivismo» o «modello del precetto superiore», l'«induttivismo» o «modello del caso individuale» ed infine il «coerentismo», sintesi e composizione dei due precedenti.

I momenti del processo di giustificazione etica vengono rappresentati attraverso un diagramma, che si struttura secondo livelli progressivi di generalità e astrazione:



Nel deduttivismo l'argomentazione deriva i giudizi particolari facendo riferimento al precetto e al livello superiore, attraverso un movimento deduttivo dall'alto in basso, definito *top-down*. Tale procedura presenta però due difficoltà: la prima è quella di scegliere quale teoria etica applicare; la seconda è rappresentata dal rischio di un «regresso potenzialmente infinito di giustificazioni».¹¹

Nell'induttivismo, l'argomentazione parte invece dal presupposto che le pratiche rechino con sé un preciso valore e una precisa opzione morale che devono essere rese esplicite; quindi si passa dal caso particolare alla norma generale, secondo la direzione dal basso all'alto, *bottom-up*. Induzione e analogia vengono assunti come centrali nel processo di giustificazione e deliberazione morale: vanno però specificati ruoli e funzioni delle regole e dei principi rispetto alle controversie sui casi e alla formulazione dei giudizi.

Nel coerentismo, definito anche come «equilibrio riflessivo»,¹² infine, l'argomentazione cerca di bilanciare i due movimenti, deduttivo e induttivo: il primo passo per accettare una teoria etica è quello di considerare i nostri «giudizi ponderati», cioè quelle convinzioni morali ritenute più sicure e imparziali, assunte inizialmente come riferimento, seppur in modo non definitivo. La giustificazione e

¹¹ Infatti, proseguono gli autori, «ogni livello in cui si fa appello ad un precetto superiore richiede a sua volta un livello successivo che lo giustifichi», cfr. T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 28.

¹² La nozione di *equilibrio riflessivo* è ricavata da quella di J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Milano 1982.

l'argomentazione etica vengono perseguite attraverso gli strumenti della specificazione e del bilanciamento: la prima permette di elaborare orientamenti, il secondo serve nell'analisi dei casi individuali. I due strumenti permettono di «armonizzare, emendare e aggiustare i giudizi ponderati per renderli compatibili tra loro e con le premesse della teoria»¹³ e di ricercare così la massima coerenza possibile.

È il coerentismo la procedura metodologica scelta da Beauchamp e Childress. In questo modo gli autori optano per una precisa impostazione metaetica.¹⁴ Gli autori adottano un punto di vista procedurale, dal momento che ci si concentra sui cosiddetti «criteri dell'agire»,¹⁵ ossia sulle procedure: essi ritengono infatti che «l'unico modello rilevante per una teoria morale è quello della massima approssimazione alla piena coerenza».¹⁶ Il tentativo è quello di garantire innanzitutto una procedura di analisi e argomentazione, senza entrare da subito nel merito delle diverse teorie etiche contemporanee, discutendo le quali non si riuscirebbe – a loro modo di vedere – ad ottenere lo scopo di identificare, analizzare e risolvere i problemi morali della biomedicina attuale.

Da un punto di vista contenutistico, trovandosi nella difficoltà di individuare una teoria etica sulla quale stabilire un accordo comune, questi autori hanno proposto e strutturato una teoria che recupera non tanto i fondamenti ultimi di un'etica, quanto piuttosto i principi di secondo livello: Beauchamp, che si rifà ad una prospettiva utilitaristica, e Childress, che si definisce un deontologo, secondo la tradizione dell'etica normativa anglosassone, hanno elaborato una proposta morale unitaria a partire dalle riflessioni di William David Ross. Il principlismo quindi viene presentato come una «forma di etica fondata sulla moralità comune».¹⁷

¹³ T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 32.

¹⁴ La dizione «metaetica» è stata introdotta dall'etica analitica anglosassone del Novecento, per indicare quel settore dell'indagine etica che studia il linguaggio, i concetti e i metodi di ragionamento tipici dell'etica. La riflessione metaetica non cerca di rispondere alle domande su cosa sia giusto o doveroso contenutisticamente, bensì è volta a tematizzare il significato dei termini di cui l'etica si avvale, come «giusto», «doveroso» e «buono», e ad analizzare le procedure adottate per definirli. L'opzione di Beauchamp e Childress per il coerentismo attiene qui dunque le questioni che riguardano metodo, deliberazione, giustificazione e verità.

¹⁵ *Ibidem*, p. 50.

¹⁶ *Ibidem*, p. 33. Tra i requisiti che una teoria etica deve presentare per potersi definire come tale gli autori individuano la chiarezza, la coerenza interna, la completezza dei principi, la semplicità e l'aderenza all'esperienza morale.

¹⁷ *Ibidem*, p. 112.

Gli autori iniziano la loro trattazione analizzando caratteristiche e peculiarità dei diversi approcci etici del panorama contemporaneo e di essi effettuano una valutazione critica, a partire dall'utilitarismo e dal kantismo, che rimandano ai due filoni tradizionali della teleologia e della deontologia in etica, sino alle teorie etiche più recenti, come l'etica del carattere, l'individualismo liberale, il comunitarismo, l'etica della cura e la casistica. In un secondo momento essi espongono l'approccio da loro privilegiato, quello della moralità comune, basato appunto sull'individuazione di principî di medio livello e sulla possibile convergenza delle diverse teorie al livello delle regole: la difficile conciliazione delle teorie lascia però spazio alla conciliazione delle regole.

Il nucleo teorico della loro proposta si esplica nell'analisi dei quattro principî *prima facie*. Attraverso questi si possono ottenere argomentazioni che dimostrano la coerenza tra i principî e gli altri diversi aspetti della vita morale (ad esempio emozioni morali, virtù e diritti). La teoria principlistica può essere definita quindi anche come «una rete di norme e di argomenti»,¹⁸ irriducibile ad un solo principio o ad un'unica norma morale o a una definizione univoca di bene. A livello normativo il riconoscimento di più principî rende tale teoria pluralistica, in opposizione a utilitarismo e kantismo che individuano invece un unico principio di riferimento e sono pertanto monistici.

Da un punto di vista contenutistico la teoria attinge ampiamente, ma non esclusivamente, alle credenze morali comuni e ai giudizi del senso comune, rispetto ai quali esiste già un consenso. L'obiettivo di garantire una coerenza interna della teoria viene raggiunto quando i giudizi della moralità comune e le norme morali vengono interpretati, specificati e bilanciati, evidenziandone i presupposti impliciti e applicando così l'«equilibrio riflessivo», in vista della formulazione di un giudizio.

3. *Principî e regole*

Per strutturare un'etica biomedica di questo tipo, incentrata sui criteri dell'agire, gli autori privilegiano i due livelli dei principî e delle regole.

¹⁸ *Ibidem*, p. 113.

I principî vengono ricondotti a quattro: l'autonomia, la non maleficenza, la beneficenza, la giustizia. Essi sono fondamentali per la medicina: non maleficenza e beneficenza rimandano ai tradizionali principî dell'etica medica, come è ben espresso dalla massima «*primum non nocere*», portante sin dall'antichità nella deontologia e nella pratica medica. Autonomia e giustizia sono invece concetti che rimandano alla modalità contemporanea di impostare la medicina, che si è ridefinita in alcuni suoi aspetti fondamentali nel corso dell'evoluzione storica e sociale degli ultimi cinquant'anni. In passato, infatti, essa era organizzata prevalentemente secondo un modello di cura paternalistico, che ben poco spazio concedeva alla dimensione dell'autonomia, in particolare a quella del paziente; in secondo luogo, sul fronte della giustizia, essa non si era trovata nella necessità di dovere supportare costi molto alti e quindi di dover razionalizzare l'uso delle risorse a propria disposizione né di dovere rendere conto alla società delle proprie scelte in tal senso. La medicina odierna è profondamente segnata da entrambe queste nuove dimensioni.

Le regole, che conferiscono specificità ai principî e rivestono come tali una funzione direttiva rispetto all'agire, sono suddivisibili in diversi tipi: alcune sono di tipo sostanziale, nel caso in cui conferiscano contenuto concreto al principio; altre sono di autorità, quando indicano chi è coinvolto nell'azione o è in qualche modo deputato ad agire; altre infine riguardano le procedure e le modalità dell'azione.

a. Il rispetto per l'autonomia

Il primo principio presentato e analizzato dagli autori è quello dell'autonomia, riformulato poi – nelle edizioni dei *Principî* successive alla prima – come rispetto dell'autonomia. Il rispetto per l'autonomia è inteso come capacità di tutelare e promuovere l'autonomia di scelta delle persone, quindi non comporta che esse siano già in sé realmente e pienamente autonome.¹⁹

I due presupposti fondamentali dell'autonomia sono individuati nella libertà, quale possibilità di non essere sottoposti a e vincolati

¹⁹ In tal senso gli autori riconoscono la difficoltà di vivere e realizzare, o ancora di valutare, l'autonomia delle persone. Non è casuale il cambio di dizione nell'indicare il primo principio, da «autonomia» a «rispetto dell'autonomia».

da controlli e influenze, e nella proprietà di essere agente, ossia di esercitare un'azione intenzionale. Sono questi i fondamenti teorici della moralità stessa, per come essa viene interpretata nella modernità: essi ne garantiscono infatti due tratti imprescindibili, da una parte la libertà dalle paure,²⁰ che è una forma sostanziale della libertà, e, dall'altra, l'affermazione e la tutela dell'intenzionalità, tratto distintivo dell'azione morale.

Questa interpretazione del principio di autonomia permette di derivare da essa le regole del consenso e del rifiuto informato, della veridicità, della riservatezza e della tutela della *privacy*. Paradigma fondamentale di valutazione dell'autonomia resta comunque il consenso informato ed esplicito, che per essere tale presuppone necessariamente la reale o presunta «capacità» del soggetto interessato: se l'autonomia viene intesa come autogoverno, la capacità rimanda alle abilità di eseguire un preciso compito ed ha quindi una funzione procedurale. È proprio il nodo autonomia-capacità ad essere fondamentale da un punto di vista operativo. I criteri per valutare la capacità sono definiti attraverso l'individuazione di alcuni precisi parametri, proposti dagli autori.

Il vero e proprio processo di consenso presuppone la capacità, definita come una soglia, e si snoda poi attraverso i momenti della comunicazione, della comprensione e della volontarietà per giungere infine all'espressione del consenso stesso. In tale prospettiva una volta che venga meno la capacità o vi sia un livello ridotto di abilità, il paradigma del consenso informato va in crisi. Per risolvere questa difficoltà sono state contemplate alcune alternative, definite come processi decisionali sostitutivi.

Esse prevedono: il giudizio surrogato, che è lo standard utilizzato tradizionalmente;²¹ la pura autonomia, che implica il fatto che le decisioni vengano assunte nel momento del pieno possesso dell'autonomia da parte del soggetto; il massimo interesse del paziente, nel senso del massimo beneficio netto da lui ottenibile.

²⁰ Gli autori affermano che il rispetto «comporta l'obbligo di proteggere la capacità di scelta autonoma negli altri, attenuando le paure» e le altre condizioni che annullano o mutilano l'autonomia delle loro azioni (p. 131).

²¹ Resta peraltro indeterminato entro il sistema morale proposto dagli autori quale valore e quale *status* vada riconosciuto e attribuito allo standard.

b. La non maleficenza

Il secondo principio è quello della «non maleficenza», che fa riferimento al dovere basilare della pratica medica di non arrecare danno intenzionalmente. Questo principio diventa particolarmente problematico al giorno d'oggi anche per le scelte spesso drammatiche che si devono fare nella cura dei pazienti gravi o terminali.

Il principio trova specificazione in più precise regole morali, ma né l'uno né le altre hanno validità assoluta, nel senso che essi devono comunque essere valutati bilanciandoli con gli altri. Gli autori analizzano e criticano alcune distinzioni, comunemente utilizzate in quest'ambito: quella tra astensione dai trattamenti e sospensione degli stessi, perché poco chiara e moralmente non significativa; quella di trattamenti ordinari e straordinari, perché insufficiente per valutare l'impatto effettivo di essi sul paziente, in termini di benefici ed oneri; quella tra tecnologie di supporto e medico-terapeutiche; e infine quella tra effetti intenzionali ed effetti semplicemente previsti, distinzione conosciuta generalmente come «regola del doppio effetto». Beauchamp e Childress ritengono invece più significativa, ai fini delle decisioni sui trattamenti da scegliere per il mantenimento in vita dei pazienti, la distinzione tra facoltativo e obbligatorio, che si fonda a sua volta sulla nozione di qualità della vita: la sospensione o l'astensione dai trattamenti subentra allora quando il livello della qualità di vita diventa molto basso. Per determinare queste soglie si introducono perciò degli standard, ad esempio quello del massimo interesse.

Tuttavia bisogna osservare che nella distinzione tra uccidere e lasciar morire (*killing* versus *letting die*) è difficile misurare bene se e quando venga rispettato il principio di non maleficenza, dal momento che per definizione causare la morte di qualcuno risulta un atto che lo danneggia. A detta degli autori, quando però la persona desiderasse la morte, perché vive uno stato di sofferenza intollerabile e irreversibile e rivaluta le proprie aspettative di vita, non ascoltare né raccogliere il suo desiderio e la sua volontà può rappresentare un danno maggiore nei suoi confronti.

La distinzione uccidere - lasciar morire non è di per sé esaustiva perché dovrebbe essere affiancata e talora sostituita da quelle più pertinenti di beneficio-onere e di obbligatorio-facoltativo. Anche la questione etica fondamentale viene riformulata nel problema di individuare quali forme di assistenza al morire risultino giustificate:

nei casi limite si ammetterebbero alcune forme di eutanasia attiva così come di suicidio assistito dal medico, perché esse «fanno parte delle responsabilità di cura del paziente».²² Le scelte si complicano ulteriormente quando il paziente non sia capace o non sia in grado di esprimere la propria volontà e si devono quindi utilizzare procedure decisionali sostitutive, che siano eque e producano effetti giusti: tra esse nei contesti anglosassoni sono sempre più diffuse le cosiddette direttive anticipate, che si distinguono nelle due forme dei *living will* (testamenti di vita) e dei *durable power of attorney* (procure durature). Queste procedure vengono giudicate dai due autori come un buon tentativo di equilibrio riflessivo tra i due principî dell'autonomia e della non-maleficenza.

Si evidenzia qui inoltre il progressivo coinvolgimento all'interno del rapporto terapeutico di altre figure: anche per trovare un osservatore esterno, capace di mantenere un distacco emotivo e una giusta distanza critica dalla situazione, si è arrivati a far riferimento ai comitati etici, oppure si è ricorsi ai tribunali, per i casi più difficili o per quelli conflittuali.

c. La beneficenza

Il principio di beneficenza deriva dell'obbligo morale di agire in modo benefico verso gli altri, sia a livello generale, in base all'esistenza di un presunto vincolo verso esseri di cui si possono migliorare le condizioni, sia a livello specifico, laddove esistano rapporti o relazioni particolari che lo richiedono: questo si traduce ad esempio in campo medico nell'obbligo di favorire il bene del paziente e quindi di soccorrerlo. La beneficenza trova il proprio fondamento nella reciprocità, ricondotta però dagli autori esclusivamente al principio di utilità o alle dinamiche di interazione sociale.²³ In campo medico la beneficenza ha rivestito un ruolo-chiave sin dall'antichità: oggi però talune situazioni ripropongono un conflitto tra i principî, in particolare tra il rispetto dell'autonomia dei pazienti e l'obbligo alla beneficenza dei professionisti sanitari. Infatti nella società occidentale contemporanea a seguito della crisi del modello

²² T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 241.

²³ Della reciprocità non si tenta una fondazione di tipo morale-antropologico, né vi si accenna. Risulta, questa, una grave lacuna dal momento che la filosofia contemporanea ha dedicato un'importante attenzione al versante etico-antropologico della riflessione sulla reciprocità.

paternalistico risulta difficile individuare o fare appello ad una figura che abbia un'autorità riconosciuta e indiscussa.

La beneficenza si applica inoltre nell'ambito delle politiche sanitarie, laddove si effettua un calcolo cercando di bilanciare i tre termini costi-benefici-rischi.²⁴ Nell'affrontare l'analisi rischi-benefici emerge la distinzione tra il rischio, che fa riferimento alla probabilità che accada qualcosa di negativo rispetto alle aspettative, e l'incertezza, che rimanda invece all'impossibilità di valutare e conoscere l'esito di alcuni eventi. A detta degli autori l'incertezza deve essere superata da un giudizio di valore che può esprimere solo colui che effettua l'analisi: questo ribadisce ancora una volta che è propriamente nel momento e nella condizione di incertezza che emerge una essenziale dimensione morale, perché là è in gioco una scelta. È dunque inevitabile che gli standard proposti per risolvere l'incertezza abbiano una fondamentale componente morale, sociale e politica. Le stesse analisi rischi-benefici fanno riferimento a dei valori.

Per quanto riguarda le politiche sanitarie, in questi ultimi anni si sono elaborati vari metodi per la valutazione del valore e della qualità della vita: il calcolo degli anni di vita *quality adjusted*, i cosiddetti QALYs, si fonda sul concetto della «vita degna di essere vissuta» e quindi, da un punto di vista morale, sulla massimizzazione della salute, calcolata in base al numero di anni di vita attesi in buona salute. Il pericolo di questo metodo consiste nel violare presupposti minimi di uguaglianza: per questo nel valutare la dimensione operativa della beneficenza si sconfinava inevitabilmente nella dimensione della giustizia distributiva.

d. La giustizia

Il principio di giustizia si esplica sia sul piano formale sia su quello materiale, o sostanziale: sul piano formale esso richiede – secondo la sua più tradizionale formulazione, quella aristotelica – di trattare gli uguali in modo uguale e gli ineguali in modo diverso, in base alle differenze di partenza che li caratterizzano; è però necessario considerare anche la dimensione materiale, ossia le proprietà sostanziali cui fare riferimento per effettuare una distribuzione.

²⁴ Per questo motivo si sono diffuse specifiche procedure di analisi costi-benefici, rischi-benefici e costi-efficacia.

Per giustificare le diverse regole distributive in quest'ambito ci si può rifare alle teorie della giustizia più diverse: le teorie dell'utilitarismo, attente a massimizzare l'utilità pubblica, a volte anche a discapito dei diritti individuali; quelle del liberalismo classico, di tipo individualista, volte alla promozione dei diritti individuali, di tipo sociale, attraverso la garanzia di procedure liberali; quelle comunitariste, che considerano i reciproci rapporti di responsabilità tra individuo e società e si fondano sul principio di solidarietà; e quelle liberali egualitarie, attente invece a garantire innanzitutto le uguaglianze fondamentali tra gli individui. Tra queste ultime si annovera la teoria della giustizia di Rawls, che è stata ripresa e riformulata da Norman Daniels per il settore sanitario, in termini di «equa uguaglianza delle opportunità» nell'accesso ad un livello minimo di assistenza.²⁵ L'equa opportunità è volta ad evitare le distribuzioni ingiuste e a correggere, in un certo modo, gli effetti negativi delle cosiddette lotterie della vita o anche scelte di politica sanitaria che comportano discriminazioni pesanti, ad esempio quando la distribuzione dei servizi avvenisse in base al genere e alla razza.

Il problema della giustizia nel settore della sanità è particolarmente scottante nel sistema nordamericano, perché in esso ci si basa perlopiù su forme previdenziali private: spesso le assicurazioni sono sottoscritte dai datori di lavoro, ma per essere adeguate debbono poi venir integrate dai singoli e, mentre per i più poveri e gli anziani esistono le due assicurazioni federali, *Medicaid* e *Medicare*, larghe fasce della popolazione sono invece assicurate saltuariamente o in modo inadeguato, quando addirittura non siano scoperte. A queste situazioni si è cercato di porre limite attraverso forme di beneficenza e solidarietà, che restano comunque inadeguate e costringono a ripensare l'assistenza in rapporto alla giustizia, nei termini di un diritto, sostenibile o ai fini della tutela sociale collettiva o per garantire un'equa opportunità.

Secondo gli autori, il diritto all'assistenza sanitaria si può coniugare come diritto ad un minimo decente di assistenza e lo si può rappresentare come una soglia di accesso facilmente raggiungibile da tutti e da ciascuno: questo risulterebbe un buon compromesso tra le diverse prospettive etiche in tema di giustizia in sanità. Una volta determinata la soglia di accesso alle cure, subentra un'ulteriore problema di giustizia rispetto alla macroallocazione delle risorse:

²⁵ Cfr. T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 334.

per rendere effettivo il diritto universale all'assistenza si deve definire un sistema esaustivo e coerente, che garantisca insieme utilità e giustizia, ovverosia efficienza ed equità, ad esempio attraverso forme differenziate, pubbliche e private, di copertura delle spese. Per quanto riguarda invece la microallocazione, ossia il razionamento delle risorse terapeutiche scarse tra pazienti, è necessario individuare criteri per una prima scelta dei pazienti, ad esempio quelli del bacino di utenza, di progresso della scienza e delle prospettive di successo, e criteri per una seconda selezione, come quelli dell'utilità medica, del caso o delle liste di attesa, di utilità sociale e il modello del «triage».²⁶

Oltre ai principî esistono degli obblighi più specifici, che si riflettono nelle differenti modalità di svolgimento del rapporto tra il professionista sanitario e il paziente, quali l'obbligo alla veridicità, il rispetto della *privacy*, la riservatezza, la fedeltà e la gestione del rapporto laddove sia in gioco ad esempio il duplice ruolo di medico e ricercatore.

4. *Virtù e ideali morali*

Rispetto alle situazioni concrete, nelle quali si incontrano i conflitti morali veri e propri, gli autori riconoscono che è indispensabile ampliare lo sguardo al di là dei principî etici e degli obblighi deontologici, sino a ricomprendere virtù e ideali morali. Infatti per attuare una corretta e rigorosa applicazione dei principî è indispensabile, oltre al passaggio attraverso le regole, la mediazione del giudizio, che resta personale: esso infatti dipende da alcuni elementi specifici, quali il carattere, il discernimento morale ed il senso di responsabilità individuali. Per questo motivo un carattere virtuoso, che riflette una stabilità di credenze, ragioni ed emozioni, è particolarmente apprezzabile nel ruolo professionale. Virtù fondamentali della professione medica sono la compassione, il discernimento, la fidatezza e l'integrità: la compassione si esplica come virtù verso l'esterno, ossia come attenzione e riguardo per l'altro; il discernimento è descritto come un atteggiamento di saggezza pratica, che concilia intuizione e sensibilità; la fidatezza è intesa

²⁶ Con *triage* si intende una procedura che permette di «selezionare» e distribuire i pazienti nel contesto ospedaliero, in base ad una scala di priorità.

come fiducia; mentre l'integrità si qualifica come «virtù diretta verso l'interno sull'io»,²⁷ quindi come integrazione coerente e personale nel tempo.

Il discernimento, definito come un'«intuizione della sensibilità», nella quale attraverso giudizio e comprensione si giunge ad un'azione decisa, è un atteggiamento che deriva dalla saggezza pratica e che quindi ben si adatta alle condizioni di incertezza nelle quali si muove chi opera nel contesto clinico: esso «spesso si manifesta mediante una risposta creativa nell'agire responsabilmente».²⁸ Riemerge quindi infine anche nella proposta di Beauchamp e Childress il fatto che proprio la dimensione della creatività e quella della responsabilità morali sono fondamentali ai fini di strutturare un adeguato processo di decisione morale.

È nella dimensione della coscienza che la persona matura «la consapevolezza e la riflessione individuale sulle proprie azioni rapportate ai propri standard morali».²⁹ E nella coscienziosità, che caratterizza l'agire morale, si danno due diversi standard morali: quello comune, che può essere inteso come un «minimo morale», richiesto a tutti, e quello eccezionale, che rappresenta la «moralità cui aspirare» e gli «ideali morali», affidati alla volontà personale. Il reperimento ultimo di motivazioni e forza interiori, elementi che propriamente guidano la vita morale, è affidato alla crescita e all'evoluzione personale del carattere.

Le categorie dei diritti, delle emozioni e delle virtù – considerate solo al termine dell'esposizione – rappresentano insieme ai principî e alle regole una parte strutturale dell'esperienza morale; ad essa però non sembra essere dedicata troppa attenzione all'interno dell'impostazione principlistica, che appare anche in questo suo tratto marcatamente procedurale.

5. *Il modello principlista nella prassi*

In appendice al loro lavoro, gli autori riportano dieci casi, noti o comunque riconosciuti come rappresentativi, di etica biomedica.

²⁷ T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 453.

²⁸ *Ibidem*, p. 455: nell'originale inglese «Discernement is often manifest through a creative response in meeting responsibilities».

²⁹ *Ibidem*, p. 462.

Alcuni si riferiscono a casi famosi negli Stati Uniti anche per le questioni legali che ne sono derivate, come il caso Tarasoff: in esso si mosse l'accusa ai medici di non aver avvertito delle intenzioni omicide di un paziente – in cura per disturbi psichici – una donna, che poi venne da lui realmente uccisa. Ancora, si cita il caso Baby M. o la situazione, che generò ampio scandalo, della Willowbrook State School, di Long Island a New York: in quest'istituto che accoglieva bambini con ritardo mentale i medici effettuarono per anni sui piccoli pazienti esperimenti condotti a scopo non terapeutico, che essi giustificarono poi in base a una volontà di cura e ricerca serie e dichiarando che li si era effettuati soltanto dopo aver raccolto il consenso informato dei genitori. Questa situazione portò ad una precisa volontà istituzionale di sancire delle regole rigorose ed unitarie, che aiutassero a normare la sperimentazione: anche a seguito di questa situazione si arrivò alla nomina della «National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research», commissione che pubblicò la sintesi del proprio lavoro nel *Belmont Report*.³⁰

Gli autori sono stati indotti a formulare una riflessione sistematica di etica medica proprio a partire dal ripetersi di casi complessi – tra i tanti, in particolare quelli da loro esposti, che ebbero dominio e risonanza pubblici. In tal senso la proposta di etica medica di Beauchamp e Childress è pensata anche nei termini della bioetica intesa come etica pubblica.

6. La «common morality» e l'equilibrio riflessivo

La proposta di Beauchamp e Childress si inserisce all'interno della cosiddetta metaetica analitica di origine anglosassone: per meglio comprenderla è dunque necessario collocarla in questo contesto culturale. Anche taluni limiti che la proposta sembra presentare vanno letti in quest'orizzonte, non tanto per giustificarne

³⁰ Sono tre i gravi casi, che emersero agli inizi degli anni Settanta negli USA, di sperimentazione condotta su soggetti umani, dei quali non si era raccolto il consenso: il primo è quello appena citato della Willowbrook State School, il secondo coinvolge un gruppo afroamericano di Tuskegee, in Alabama, per effettuare studi sull'evoluzione della sifilide non curata; il terzo riguardò un gruppo di anziani ricoverati presso il Jewish Disease Hospital di New York, che vennero sottoposti ad uno studio sulle cellule del cancro.

le conseguenze, quanto piuttosto per capirne origini e struttura, oltrechè per cogliere i referenti particolari cui essa attinge.

L'autore principale di riferimento di Beauchamp e Childress, da un punto di vista etico-filosofico, è, come già detto, William David Ross:³¹ egli nella sua proposta etica muove dalla considerazione dell'esistenza di convinzioni morali comuni e di doveri ed obblighi che hanno la funzione di ideali regolativi dell'agire.

La prospettiva di Ross viene definita come una deontologia pluralista, dato che vengono riconosciuti non uno solo, ma più principî deontologici di riferimento – i «doveri», appunto. In contrapposizione alle teorie consequenzialiste di G.E. Moore, che sosteneva la coincidenza di bene e di giusto,³² Ross ritiene che il giusto e il bene di un'azione morale non coincidono necessariamente, dal momento che la giustizia di un'azione non dipende dalla quantità di bene che essa può comportare: gli atti sono valutati da un punto di vista procedurale, quindi come giusti o sbagliati, mentre le motivazioni ed il carattere vanno ricondotti al piano sostanziale e si valutano pertanto come buoni o cattivi.

La bontà morale di un'azione è determinata dall'intenzionalità che la guida, quindi essa difficilmente può essera resa oggettiva e misurata.³³ La giustizia invece è definita in base all'appropriatezza o all'adeguatezza: l'azione giusta è infatti l'atto che si qualifica come il più adatto tenuto conto di tutti i fattori che concorrono a caratterizzare la situazione.

Proprio al fine di individuare quali siano i tratti che concorrono a determinare la giustizia di un'azione, Ross introduce la distinzione tra doveri reali, i cosiddetti *actual duty* o *duty proper*, e i doveri *prima facie*, o *conditional duty*. I doveri *prima facie* indicano degli obblighi non assoluti, dal momento che essi dipendono e sono fortemente condizionati dalle circostanze presenti: quando in una situazione concreta si può stabilire quale dovere predomina, esso diventa attuale rispetto agli altri e quindi reale. Proprio il carattere *prima facie* degli obblighi giustifica la necessità di individuare delle procedure ulteriori di determinazione: nel caso di conflitto tra i

³¹ Le due principali opere dell'autore nell'ambito morale sono *The Right and the Good*, Oxford 1930, e *The Foundation of Ethics*, Oxford 1939.

³² Cfr. G.E. MOORE, *Principia Ethica*, Cambridge 1903 e, dello stesso autore, *Ethics*, London 1912.

³³ Tra l'altro i tratti moralmente significativi di un'azione sono molteplici e la sua giustizia dipende da quale di questi tratti predomina nel caso specifico.

principî si utilizza lo strumento del bilanciamento, che permette di capire quale dei principî debba prevalere e quindi di esprimere un giudizio, nei termini di un'opinione ponderata, sulla situazione.

Ross individua ed elenca i cosiddetti «doveri *prima facie*», che si profilano come «una pluralità di fonti dell'obbligo che, pur valendo indipendentemente dalle loro conseguenze, non per questo debbono essere mandate ad effetto incondizionatamente, senza eccezioni»;³⁴ tra essi vi sono la fedeltà, la riparazione, la gratitudine, la giustizia, la beneficenza, il miglioramento di sé stessi e la non maleficenza.³⁵ Essi rappresentano le caratteristiche moralmente rilevanti di un'azione: attraverso il giudizio affidabile e la saggezza pratica, si determina di volta in volta quale tratto sia il più rilevante in ogni circostanza specifica. In tal modo viene però anche meno la possibilità di conseguire certezze nel campo morale: la conoscenza morale infatti mancherebbe sia di un criterio normativo definitivo per stabilire che cosa è giusto, sia di un criterio valutativo per stabilire che cosa è buono.

A questo punto si può riconoscere che i principî dell'etica medica di Beauchamp e Childress sono, in termini rossiani, gli obblighi *prima facie*: i principî sono di medio livello, *prima facie* appunto, quindi non hanno una validità assoluta. I due autori riprendono inoltre direttamente alcuni dei doveri individuati da Ross, quali la beneficenza, la «non-maleficenza» e la giustizia.

Tuttavia i referenti teorici di Beauchamp e Childress non si limitano a Ross: un contributo ulteriore alla definizione dei principî è ricavato dall'*Etica* di Frankena³⁶ e dalla sua analisi del principio di beneficenza, che si caratterizza come ideale regolativo in campo morale e che dà fondamento allo stesso principio di utilità.

Metodologicamente, in particolare per quanto riguarda la nozione dell'equilibrio riflessivo, i due autori attingono indicazioni dalla trattazione che di esso ha dato Rawls; si nota inoltre la similarità tra i principî e i «giudizi ponderati», i cosiddetti *considered judgements*, di Rawls.

³⁴ F. ALLEGRI, W.D. Ross: *la critica all'utilitarismo*, in «Kykéion», 4 (2000), pp. 7-26, qui p. 16.

³⁵ Poiché tali doveri sarebbero, a detta di Ross, autoevidenti, la sua proposta viene talora classificata come una forma di intuizionismo normativo.

³⁶ M. FRANKENA, *Ethics*, Englewood Cliffs 1973; trad. it. *Etica. Una introduzione alla filosofia morale*, Milano 1981.

Entro il contesto della filosofia analitica, va inoltre ricordata in particolare la posizione del «non-cognitivismo etico». Quest'ultimo sostiene che, nella distinzione tra proposizioni descrittive e prescrittive, le proposizioni morali non possono mai essere solo di tipo descrittivo, bensì sempre necessariamente di tipo prescrittivo: le prime rimandano al piano dei fatti, pertanto possono essere verificate nei termini di verità e falsità, mentre quelle prescrittive si riferiscono al piano dei valori e non sono sottoponibili al giudizio di vero/falso, bensì solo a criteri di giustificazione.³⁷ Di tale posizione teorica hanno certamente risentito Beauchamp e Childress nel formulare e strutturare la loro proposta di etica biomedica.³⁸

7. *Rilievi critici al principlismo*

Le critiche al modello del principlismo sono numerose e diversi sono stati i tentativi di rispondere a questo modello: l'esigenza di introdurre correttivi al metodo e al modello, di approfondirlo o ancora di superarlo è stata accolta e raccolta da Beauchamp e Childress e dai loro stessi critici.

Le critiche possono essere suddivise in critiche di metodo e critiche di contenuto.

Un primo insieme di critiche al principlismo è quello mosso da Clouser e Gert.³⁹ Questi autori hanno rilevato il rischio che i principî fungano semplicemente da categorie nominali, incapaci di riferirsi a precisi contenuti morali e di svolgere funzione regolativa. Mancherebbe inoltre una formulazione teorica unitaria in grado di conferire rigore, coerenza ed esaustività alla proposta principlista: l'inevitabile conflittualità tra principî non potrebbe quindi venire risolta a causa dell'eccessiva indeterminatezza della teoria stessa.

La risposta di Beauchamp e Childress a questi argomenti di Clouser e Gert è stata che per natura ai principî va riconosciuta la funzione di schemi e categorie; la pretesa di fondare un'etica

³⁷ Cfr. quanto afferma in merito U. SCARPELLI, *L'etica senza verità*, Bologna 1982.

³⁸ La consapevolezza dell'impossibilità di distinguere il vero e il falso di un caso, la risposta giusta e quella sbagliata - proprio perché non si dà un'unica modalità d'intenderlo, appartenendo esso al piano delle scelte e dei valori - porta questi autori a scegliere di attenersi al piano della *giustificazione*. In tal modo si cerca di garantire almeno la giustificabilità e la pertinenza di una linea di condotta per quel caso.

³⁹ K.D. CLOUSER - B. GERT, *A Critique of Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), pp. 219-236.

si rivela destinata al fallimento, perciò si è rinunciato in partenza a tratteggiarla; la naturale irrisolvibilità *a priori* degli scontri tra principî evidenzia la necessità di intervenire *a posteriori* attraverso il «coerentismo», ossia il metodo di giustificazione scelto dagli autori, metodo che include gli strumenti dell'interpretazione, della specificazione e del bilanciamento. Beauchamp e Childress si dicono consapevoli della presenza di alcuni elementi problematici nel proprio sistema: innanzitutto quello di definire un metodo per effettuare l'operazione di specificazione dei principî ai fini della formulazione dei giudizi; in secondo luogo quello di far coesistere la coerenza nella giustificazione con l'assetto di una teoria ricavata dalla moralità comune, che quindi è di per sé piuttosto disorganica; ed infine quello di capire se sia realmente possibile costruire una teoria o se non ci si debba, piuttosto, limitare a formulare «principî di media generalità». ⁴⁰ A conclusione della polemica con Clouser e Gert gli autori affermano che ai fini dell'etica pratica le distinzioni teoriche non sono comunque l'elemento più significativo.

Peraltro, sia i principlisti che i loro critici convergono nel riconoscere la moralità comune come morale di riferimento: la moralità comune in Gert, Culver e Clouser ⁴¹ è tematizzata in maniera più specifica che in Beauchamp e Childress, dal momento che a loro modo di vedere la bioetica non rappresenterebbe un ambito morale a sé stante, ma attingerebbe a quella moralità che è presente in ogni aspetto della vita e che si definisce quindi come moralità comune. Si tratterebbe di un sistema di moralità pubblica dotato di una sua completezza, composto da regole, ideali e tratti rilevanti da un punto di vista morale. Nella moralità comune rientrerebbe anche una procedura che permette, in caso di necessità, di violare in maniera giustificata una regola morale.

Sempre a livello procedurale ulteriori limiti del modello principlistico sono l'astrattezza dei principî rispetto alla particolarità dei casi e la difficoltà di bilanciarli, di specificarli e di decidere, quando vi sia un conflitto tra due o più di essi. Infatti, a dispetto delle dichiarazioni a favore dell'adozione del criterio dell'equilibrio riflessivo, il principismo resta comunque orientato prevalentemente secondo un approccio *top-down*, che argomenta dall'alto in basso,

⁴⁰ T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 117.

⁴¹ Cfr. B. GERT - Ch.M. CULVER - K.D. CLOUSER, *Common Morality versus Specified Principlism: Replay to Richardson*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 3 (2000), pp. 308-322.

in maniera deduttiva: gli autori infatti dedicano la loro maggiore attenzione al livello teorico di individuazione di principi, che in quanto tali sono astratti, e da esso ricavano soltanto in un secondo momento e in maniera più contenuta indicazioni per il livello pratico ed applicativo. Permane inoltre una certa indefinitezza rispetto al ruolo svolto dai principi. Essi infatti svolgono sia una funzione di tipo descrittivo, sia una di tipo prescrittivo, dal momento che valgono «ad un tempo come strumenti per l'analisi descrittiva dei casi e linee-guida per la loro soluzione». ⁴² La loro validità solo *prima facie* induce a pensare che la predominanza di uno piuttosto che di altri dipenda dalla teoria etica che si sceglie. Mancando però un riferimento teorico unitario la questione non si può risolvere in tal senso e quindi il problema resta aperto.

Un altro punto debole del modello dei principi è il rifarsi alle proposte della *applied ethics*, che si caratterizza come metodo filosofico, a prescindere dall'ambito entro cui si inserisce o si applica, quindi in tal caso a prescindere dalla considerazione della specificità dell'ambiente e delle modalità di cura medico-cliniche. Al fine di riuscire a definire i principi nella loro funzione di «guida all'azione» nell'ambito medico, alcuni autori hanno suggerito la sostituzione del metodo del bilanciamento con il metodo della specificazione dei principi e dell'interpretazione delle norme, che permetterebbe una maggiore aderenza alla realtà, alla concretezza ed al contesto: attraverso un «principismo specificato» o una specificazione delle norme diverrebbe possibile un «equilibrio riflessivo» allargato, che permetterebbe una revisione dei principi e dei giudizi a partire dai singoli casi. ⁴³

Un'altra voce critica ⁴⁴ considera in merito un possibile ribaltamento della prospettiva di approccio ai problemi e formula la pro-

⁴² Cfr. R. MORDACCI, *Il dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone: linee per un'analisi critica*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, Milano 1996, pp. 51-116, qui p. 65.

⁴³ Cfr. innanzitutto le proposte di D. DEGRAZIA, *Moving Forward in Bioethical theory: Theories, Cases, and Specified Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 17 (1992), pp. 511-539, ed anche H. RICHARDSON, *Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems*, in «Philosophy and Public Affairs», 19 (1990), 4, pp. 279-310. Il dibattito è stato affrontato anche di recente in un numero monografico del «The Journal of Medicine and Philosophy», 3 (June 2000) dal titolo *Specification, Specified Principlism and Casuistry*: tra l'altro questo è un indice del fatto che la questione non è per nulla risolta.

⁴⁴ Cfr. E. WINKLER, *Moral Philosophy and Bioethics: Contextualism versus the Paradigm Theory*, in L.W. SUMNER - J. BOYLE (edd), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, Toronto 1996, pp. 50-78.

posta di un movimento «dal basso» (*bottom-up*), che parta dalla considerazione del contesto e dall'accentuazione di quanto da esso può provenire. Questa proposta è nota come «contestualismo». Sia l'utilitarismo sia il deontologismo, in quanto teorie normative, conferiscono scarsa rilevanza al contesto ed alla variabilità che esso può comportare rispetto alle regole ed ai precetti di riferimento. Se infatti nell'utilitarismo si ragiona secondo una sorta di imparzialità, per cui a prescindere dalle circostanze si ritiene che il valore degli interessi di ciascuno sia equivalente, nel deontologismo la variabilità contestuale, che potrebbe essere vista come già sussunta entro i principî, è di fatto assai ridotta, dal momento che la validità di un principio richiede che esso possieda una certa costanza.

Il contestualismo sottolinea che non è necessariamente la validità universale di una teoria etica a garantire la razionalità e la giustificazione morale: i problemi morali vanno invece affrontati e risolti nella «complessità interpretativa delle circostanze concrete».⁴⁵ Si fa quindi riferimento al contesto nel quale i problemi sorgono per ricavarne le indicazioni che permetteranno di affrontarli nel modo più consono. Diventano perciò rilevanti le tradizioni storiche e culturali: esse comprendono anche le norme e le virtù, che caratterizzano la professione medica e le istituzioni sanitarie. Nel contestualismo si abbraccia inoltre il metodo dell'analisi comparativa dei casi: il singolo caso viene così sussunto entro una regola che possiede un valore strumentale nell'ambito sociale cui esso appartiene. A partire da questa prospettiva si rileva che data l'estrema variabilità, flessibilità e complessità del ragionamento morale, in bioetica l'approccio dell'etica applicata risulta quantomeno riduttivo.

Le proposte del principlismo e del contestualismo non risolvono però il problema, forse perché non ne affrontano i nodi più profondi, dal momento che entrambi restano comunque approcci procedurali. Bisogna piuttosto cercare di individuare un percorso ulteriore, una terza via,⁴⁶ tra principlismo e contestualismo. Infatti l'opportunità di un riferimento a principî generali o l'attenzione alla

⁴⁵ E. WINKLER, *Moral Philosophy*, p. 52. Il contestualismo risulta molto attento alle caratteristiche del contesto culturale, ma sembra comunque non prestare il debito spazio alla dimensione etica peculiare dell'esperienza medico-clinica e dei soggetti che in essa sono direttamente coinvolti.

⁴⁶ Cfr. quanto si dice e si propone in merito in C. VIAFORA, *Toward a Methodology for the Ethical Analysis of Clinical Practice*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 3 (1999), pp. 283-297.

dimensione contestuale non devono far dimenticare che il processo morale, in particolare nella sua dinamica di giudizio e decisione, oltre ad avere sempre anche una dimensione storica e contestuale, della quale è indispensabile tener conto, coinvolge soggetti in quanto soggetti morali agenti.

Un limite ulteriore di tale approccio, forse il principale, è rappresentato proprio dalla mancata considerazione della specificità del contesto medico-clinico, cui viene di fatto applicato un modello di etica astratto: si è affermato perciò che

«può essere detta 'principalista' ogni teoria dell'etica medica che muova da un presupposto normativo guadagnato *a priori* rispetto ad una fenomenologia della situazione clinica».⁴⁷

Altri rilievi critici vengono mossi invece a livello contenutistico, quindi ai contenuti dei principî.

Una prima obiezione riguarda l'analisi che i principlisti fanno dell'autonomia: si è osservato che nel principlismo si rischia una sottolineatura eccessiva dell'autonomia, in una situazione sociale, culturale e giuridica nella quale già autonomia ed individualismo sono assai marcati. Il principio di autonomia ha assunto un ruolo sempre più forte e centrale nella pratica medica contemporanea, anche a dispetto della validità *prima facie*, quindi non assoluta, che ad esso si voleva attribuire. La regola del consenso informato, che di tale principio è espressione, è quindi divenuta oggi un vero e proprio «vincolo». Se inizialmente era sorta come un requisito per ripensare e reimpostare il rapporto medico-paziente, anche a seguito del tramonto del modello paternalistico, essa si è poi trasformata in un parametro giuridico formale, dal quale non si può prescindere per procedere ad effettuare un trattamento o un intervento. Questa procedura, pensata e calibrata rispetto a una persona dotata di autonomia e capacità di consenso, entro il rapporto di cura inteso come contratto, va in crisi e rivela la propria debolezza nel momento in cui l'interessato non presenti queste «caratteristiche», ad esempio nel caso di un malato di mente, un bambino (minore) o una persona che non sia, per ragioni diverse, in condizione di esprimere la propria volontà, temporaneamente o definitivamente. In questi casi gli autori individuano ulteriori strategie per raccogliere consensi veri o presunti, e riportano quindi il problema alla sua dimensione

⁴⁷ R. DELL'ORO, *La bioetica clinica*.

legale: le difficoltà che si evidenziano sono però anche di tipo etico, dal momento che ci si fa carico di assumere decisioni complesse che riguardano la vita, la salute e la libertà stessa della persona, quando non è possibile un suo coinvolgimento pieno, diretto ed attivo nella decisione, quindi in un contesto di incertezza, in mancanza di indicazioni sicure e in una condizione di impossibilità di autentica autodeterminazione. Queste situazioni si collocano come marginali e di frontiera rispetto al modello consolidato: se da una parte creano difficoltà, d'altra parte permettono di considerare criticamente una certa pratica, di rivederla ed eventualmente ripensarla, evidenziandone i limiti proprio a partire dall'osservazione dei punti di crisi del modello.⁴⁸ È questa del resto la modalità di procedere di una voce che voglia essere genuinamente filosofica e sappia mantenere uno sguardo critico sulle pratiche.

Si è riflettuto inoltre sulla possibilità di conferire un ordine di priorità ai principî,⁴⁹ che non andrebbero considerati tutti sullo stesso piano, bensì secondo livelli differenti. In tal senso ad esempio Gracia distingue tra un livello minimo dei principî, cui appartengono giustizia e non maleficenza, ed un livello massimo, al quale sarebbero riconducibili autonomia e beneficenza.⁵⁰ Un ordinamento dei principî permetterebbe anche di risolvere parte delle questioni derivanti dal loro confliggere.

Per quanto riguarda la conflittualità tra i quattro principî, rispetto ai loro contenuti, si può pensare in particolare alla difficoltà di conciliare autonomia e beneficenza: tra i vari tentativi di rispondere ad essa, ad esempio, si segnala la proposta formulata da Pellegrino e Thomasma, che va nella direzione di una composizione dei due termini attraverso il modello della beneficenza nella fiducia, la cosiddetta *beneficence in trust*.⁵¹

È stata anche proposta una revisione del principlismo che riconosce i principî tradizionali di autonomia, di non-maleficenza

⁴⁸ Una questione che ad esempio si pone è: quanto l'autonomia che si profila è reale e quanto invece è presunta?

⁴⁹ La proposta è appunto quella di un ordinamento dei principî.

⁵⁰ Cfr. D. GRACIA, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Milano 1993.

⁵¹ Cfr. in particolare E.D. PELLEGRINO - D.T. THOMASMA, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Milano 1992, nonché il bel saggio E.D. PELLEGRINO - D.T. THOMASMA, *The Conflict Between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution*, in «The Journal of Contemporary Health Law and Policy», 3 (1987), pp. 23-46. Si dedicherà maggior spazio più avanti all'analisi del loro modello.

e di beneficenza – questi ultimi due come versione negativa e positiva dello stesso principio – e di giustizia e ad essi affianca infine quello dell'integrità morale o della dignità e indipendenza della professione sanitaria.⁵² Nel recuperare già sul livello dei principi la dimensione della moralità del professionista sanitario e quindi la dimensione della mediazione personale, che il professionista opera attraverso il giudizio, si muove dalla convinzione che «i principi non dovrebbero pretendere di essere più che strumenti intermedi per un'attenta lettura preliminare dell'esperienza morale. Intermedi tra l'esposizione sistematica della teoria morale, che però non si può applicare con sicurezza deduttiva nel mondo dei fenomeni, e le illuminazioni veritative emergenti dalle narrazioni, che lasciano tutto aperto il compito del loro discernimento».⁵³

Anche nelle fasi più recenti del dibattito sul principlismo si è evidenziato un tratto che accomuna le diverse proposte e che arriva a conciliare addirittura le posizioni di Beauchamp e Jonsen, il principale sostenitore e teorizzatore del ritorno alla casistica:⁵⁴ la funzione primaria della bioetica consisterebbe – a loro modo di vedere – nel risolvere casi ed il metodo migliore sarebbe definito in base a ragioni strettamente pragmatiche, cioè in base alla sua utilità in tal senso.⁵⁵ La bioetica esaurirebbe pertanto il suo compito sul livello della giustificabilità e non dovrebbe pretendere di avventurarsi nei difficili e contrastati percorsi di individuazione e definizione del vero e del giusto. Essa insomma non pretenderebbe di trovare e cercare la risposta giusta, ma si limiterebbe a fornirne una giustificabile.

L'accentuazione della dimensione procedurale dell'etica fa scivolare in secondo piano i contenuti delle diverse prospettive etiche e la considerazione del soggetto morale coinvolto e storicamente determinato. Pur riconoscendo la validità e l'importanza di un approccio procedurale serio, non si può comunque dimenticare la diversità di presupposti e contenuti morali, che riemergono proprio nel momento in cui si argomenta, si pronuncia un giudizio in

⁵² Cfr. P. CATTORINI, *I principi della bioetica e il personalismo*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio*, pp. 117-155 e, dello stesso autore, *Oltre i principi. Appunti sui nuovi linguaggi e modelli argomentativi in bioetica*, C. VIAFORA (ed), *Centri di bioetica in Italia*, Padova 1993.

⁵³ P. CATTORINI, *I principi della bioetica*, p. 154.

⁵⁴ Si vedano in particolare i contributi di Beauchamp, Jonsen e Strong nel recente numero monografico sopracitato del «The Journal of Medicine and Philosophy».

⁵⁵ Cfr. A. SMITH ILTIS, *Specification, Specified Principlism and Casuistry*.

situazione e si deve decidere.⁵⁶ Non a caso spesso all'origine di incomprensioni e difficoltà rispetto alle possibili scelte e condotte in campo medico ci sono diverse opzioni etiche, che generalmente restano implicite. Nel fare etica medica ed etica clinica lo sforzo deve essere anche quello di rendere esplicite le premesse implicite.

Rispetto alla proposta del principlismo vi è infine la difficoltà di definire una «moralità comune»⁵⁷ entro un contesto storico-sociale, qual è quello contemporaneo, nel quale sembra mancare proprio la possibilità di individuare un parametro comune per quanto riguarda le condotte morali e i principî etici condivisi: in tal senso il principlismo è stato criticato per la sua astrattezza dal contesto.

L'insieme delle critiche mosse a questo paradigma denota però la sua centralità nella bioetica ed evidenzia lo sforzo teorico e sistematico compiuto da Beauchamp e Childress nell'articolare la propria proposta.

A partire dal termine di confronto che il principlismo ha rappresentato, si sono sviluppati altri, differenti approcci e paradigmi entro il contesto clinico, più complesso, in fondo, e articolato.

⁵⁶ Alle spalle del principlismo e dei suoi quattro principi vengono riconosciute diverse teorie etiche: rispettivamente per l'autonomia il kantismo, per la non-maleficenza il deontologismo, per la beneficenza l'utilitarismo, per la giustizia il contrattualismo. Per questo motivo una forte critica è stata mossa proprio alla mancanza, nel principlismo, di una consistenza teorica sufficiente. Si veda in particolare quanto dice R. MORDACCI, *Il dibattito sul metodo*.

⁵⁷ Si parla propriamente in questo caso di *common morality*.

Modelli di etica clinica

Una critica radicale che viene mossa alla bioetica¹ è quella di essersi strutturata sottolineando in maniera pressoché esclusiva il carattere intellettualistico dell'etica e tralasciando la considerazione delle diverse ed altre dimensioni morali coinvolte in ogni prospettiva etica.² Ora, l'etica non può essere ridotta alla sola dimensione teorica, dal momento che la riflessione morale ha un carattere riflesso. L'etica può essere intesa infatti come «riflessione interpretativa dell'esperienza vissuta»: la componente esperienziale è fondamentale nell'ottica morale, proprio perché è a partire da un vissuto che si può intraprendere il processo riflessivo.

Questa linea di pensiero ha evidenziato come la bioetica corra il grosso rischio di arrivare a una dissoluzione del soggetto morale, proprio là dove lo si vorrebbe e lo si crederebbe al centro dell'attenzione.³ Tale dissoluzione sarebbe determinata da più fattori, tra i quali spicca senza dubbio l'eccessiva accentuazione sull'individuo, a discapito della considerazione della persona, intesa appunto come soggetto morale: con la nozione di individuo ci si arresta su di un

¹ Cfr. A. MACLEAN, *The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics*, London 1993. La Maclean sottolinea che, a partire dalla rivalutazione della componente esperienziale in etica, si può presupporre che una qualche forma di normatività si dia non soltanto nel linguaggio ordinario, bensì anche entro le pratiche umane ordinarie.

² È interessante rileggere la definizione di bioetica riformulata nella seconda edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* del 1995 da W.T. Reich: «La bioetica può essere definita come lo studio sistematico delle *dimensioni morali* – comprendenti *visione morale, decisione, condotta, politiche* – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie in un contesto interdisciplinare». In essa Reich evidenzia la presenza di diverse componenti dell'esperienza morale, di molteplici dimensioni morali, laddove in una prima definizione ci si limitava a far riferimento genericamente a valori e principi morali: «La bioetica è lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, quando tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali» (1978).

³ R. MORDACCI, *La dissoluzione del soggetto morale in bioetica*, in E. SORICELLI - R. BARCARO (edd), *Bioetica e antropocentrismo etico*, Milano 1998, pp. 41-59.

livello impersonale e astratto, non si considera né valorizza la capacità etica del soggetto e si prescinde dalla componente concreta e particolare che lo contraddistingue e dalla dimensione relazionale nella quale ogni essere umano vive e agisce.

Secondo alcuni autori,⁴ nel dibattito bioetico si contrapporrebbero due diverse prospettive etiche, che contraddistinguono anche il dibattito della filosofia politica contemporanea, quella liberalista e quella comunitaria: la prima, di tipo procedurale e universalistico, è incentrata sulla categoria del giusto e cerca di determinarlo attraverso procedure corrette e rispettose delle diverse libertà coinvolte, indipendentemente dalle differenti concezioni sul bene,⁵ ad analizzare le quali non ci si addentra, nella convinzione che sia impossibile definire cosa sia bene. Quella comunitaria, invece, di tipo sostanziale e contestualistico, è incentrata sulle categorie di bene e di «vita buona» e cerca di considerare il singolo individuo nel contesto storico e sociale che contribuisce almeno in parte a determinare la sua concezione di bene e di moralità. Entrambi gli approcci possono risultare interessanti, ma non sembrano essere esaustivi della complessità sulla quale si riflette.

La definizione che dell'intento etico della persona dà Paul Ricoeur come «auspicio di una vita compiuta, con e per gli altri, all'interno di istituzioni giuste»⁶ permette di sottolineare che l'essere umano vive un'istanza etica che si struttura in momenti e dimensioni diverse: ciascuna di queste componenti rimanda infatti a dimensioni morali e antropologiche della persona diverse, ma nello stesso tempo complementari. Nel presentare e analizzare le proposte che sono state elaborate nell'etica clinica si evidenzieranno queste diverse dimensioni e manifestazioni della vita morale.

1. *Dall'etica medica all'etica clinica*

Nella sua fase iniziale, l'etica clinica si è definita in funzione critica rispetto alla bioetica, in particolare alla versione che di essa aveva dato il principlismo, dal momento che quest'ultima sembrava

⁴ Si veda quanto afferma in merito C. VIAFORA, *Introduction*, in C. VIAFORA (ed), *Clinical Bioethics*.

⁵ Questa prospettiva sarebbe rinvenibile ad esempio nel principlismo.

⁶ P. RICOEUR, *Sé come un altro*, trad. it., Milano 1993, p. 266.

essere pertinente e utile soprattutto per muoversi nelle questioni e nelle decisioni di politica pubblica, ma non altrettanto per affrontare le difficoltà emergenti nella clinica, ossia nel singolo rapporto di cura, al letto del paziente.

L'impianto teorico della bioetica ha infatti risentito in maniera significativa dell'apporto e della ricezione di teorie etiche normative, di matrice anche socio-giuridica, e della loro applicazione al campo medico.⁷ I limiti che tale approccio presentava si rilevavano concretamente nel momento della decisione sulle singole situazioni, che coinvolgono le persone malate in relazione con i curanti: «Le decisioni dovevano essere prese in merito a ciò che doveva essere fatto. La bioetica, allora, diventava filosofia pratica».⁸ L'approccio dei principî non sembrava risolvere tale problema, anche perché lo si avvertiva come un'etica fortemente incentrata sulla norma e sulle regole, mentre sembrava necessario sostituire ad essa un'etica della situazione.⁹

Nell'etica medica statunitense esistevano già, peraltro, alcune voci che si discostavano dall'approccio principista. Robert Veatch, nel suo testo *A Theory of Medical Ethics*, edito nel 1981,¹⁰ aveva proposto una teorizzazione dell'etica medica rileggendo la relazione medico-paziente come una forma di contratto o alleanza tra persone responsabili.¹¹ Inoltre un importante contributo da parte della teologia all'etica medica era rappresentato dal saggio di Paul Ramsey, *The Patient as a Person. Explorations in Medical Ethics*, pubblicato all'inizio degli anni Settanta.¹² Tale saggio si inseriva entro l'ac-

⁷ In tal senso non sembrerebbe del tutto impropria la definizione della bioetica come etica applicata. Essa è però parziale e contestabile, dal momento che non tutta la riflessione bioetica si struttura a partire dalla ricezione di teorie etiche di tipo normativo nel settore della medicina. Il dibattito sull'interpretazione della bioetica e dell'etica medica come forme di etica applicata è comunque aperto e risulta a tutt'oggi assai vivace.

⁸ A.R. JONSEN, *Clinical Ethics and the Four Principles*, in R. GILLON (ed), *Principles of Health Care Ethics*, New York 1994; traduzione tratta da E. SOETJE, *La responsabilità della vita. Introduzione alla bioetica*, Torino 1997, p. 59.

⁹ Gli autori nordamericani – per indicare i due approcci – utilizzano rispettivamente le espressioni di *rule ethics* e *situation ethics*. Sulla necessità di ripensare un'etica della situazione aveva argomentato in particolare il teologo protestante J. FLETCHER, *Situation Ethics*.

¹⁰ R. VEATCH, *A Theory of Medical Ethics*, New York 1981 (1992²).

¹¹ Nella sua proposta Veatch individuava un «triplice contratto» secondo cui si struttura la medicina, a livello sociale generale, professionale e interpersonale: è compito di una comunità morale ipotetica definire e individuare i principi che guideranno e regoleranno i reciproci rapporti.

¹² P. RAMSEY, *The Patient as a Person. Explorations in Medical Ethics*, New Haven 1970.

ceso dibattito sull'etica medica che a partire dagli anni Cinquanta aveva interessato in particolare la teologia morale protestante,¹³ e di riflesso anche quella cattolica: in esso si sottolineava in particolare la centralità della persona e l'esistenza di un accordo implicito tra le persone, nonché, sulla scia di quest'ultimo, l'importanza delle relazioni interpersonali nell'ambito della medicina, quindi di quella medico-paziente o ancora di quella ricercatore-soggetto, basate su di un «canone di fedeltà», secondo l'espressione di Ramsey. Tali contributi sono risultati originali e significativi anche per l'evoluzione successiva del dibattito in direzione dell'etica clinica.

A detta di Siegler, mentre nella visione bioetica la relazione terapeutica verrebbe letta per lo più in una prospettiva contrattuale, come se si trattasse di un contratto tra due stranieri, nella prospettiva dell'etica clinica l'attenzione è ricondotta sul rapporto medico-paziente inteso come una relazione tra prossimi (ad esempio quella che si può stabilire tra amici o tra colleghi) improntata all'intimità, alla fedeltà, alla giustizia e alla responsabilità.¹⁴

La distinzione tracciata da Siegler tra etica medica ed etica clinica individua quest'ultima come «una disciplina pratica che prevede un approccio strutturato alla presa di decisione, che permette di assistere i medici nell'identificare, analizzare e risolvere questioni etiche nella medicina clinica», mentre l'etica medica si definirebbe per una maggior attenzione a valori e temi di politica sanitaria. Tale distinzione, che non rende ragione sino in fondo della differenza tra le due discipline, evidenzia comunque le dinamiche di giudizio pratico e di decisione particolare che sono in atto nel processo clinico della cura.

La centratura sulla dimensione clinica ha comportato inoltre la valorizzazione del momento individuale e del singolo caso, con il progressivo affermarsi della convinzione che ogni caso comporta e contiene la propria soluzione.¹⁵

¹³ Si pensa qui in particolare al testo di J. FLETCHER, *Morals and Medicine*, Princeton 1954: la possibilità della medicina contemporanea di esercitare un controllo maggiore su salute, vita e morte costringe l'uomo, considerava Fletcher, a sviluppare un livello morale più alto. A partire dal riconoscimento della libertà dell'uomo, la sua proposta di etica medica si strutturava sull'appello alla responsabilità nelle scelte mediche e su di una valorizzazione dei diritti umani nella cura. Questo testo è considerato tra l'altro una prima esposizione dell'approccio personalista all'etica medica.

¹⁴ Cfr. M. SIEGLER, *Clinical Ethics and Clinical Medicine*, in «Archives of International Medicine», 139 (1979), pp. 10 ss.

¹⁵ Sottolinea però in merito Verspieren che in tal modo si promuove la dimensione singolare della situazione, ma non si ricerca la giusta articolazione tra le dimensioni *singo-*

Per evitare il rischio di scivolare in forme di relativismo morale, le diverse proposte di etica clinica si sono strutturate attingendo a riflessioni etico-filosofiche che già avevano affrontato e cercato di risolvere il problema del rapporto tra situazione particolare e principi e norme generali e universali, nonché la questione del soggetto morale agente. Da un punto di vista strettamente etico-filosofico, entro il quadro di un generale ritorno d'interesse per la filosofia pratica, si è assistito quindi al recupero e alla rivisitazione di alcune riflessioni morali, diversamente approfondite a seconda dei diversi contesti e delle diverse metodologie che se ne sono ricavate: ad esempio la casistica, la tradizionale arte di analisi, classificazione e soluzione pratica dei dilemmi morali e dei singoli casi, assai diffusa in passato in teologia morale, che presenta analogie con le modalità della decisione clinica, incentrata sul caso specifico; e ancora l'etica delle virtù, l'etica narrativa, l'ermeneutica e l'etica della cura, per il contributo che esse possono apportare alla riflessione sul processo e sulla relazione terapeutica. Ciascuna di queste correnti ha contribuito ad evidenziare e sottolineare diverse, ma ugualmente importanti, dimensioni dell'etica nell'ambito clinico.

Superata la fase iniziale di contrapposizione, in un momento successivo l'etica clinica è stata riconosciuta comunque come parte della disciplina bioetica, leggendola come una sua ulteriore evoluzione.¹⁶

Dal canto suo l'etica clinica intende sottolineare la distinzione tra un approccio dell'etica alla medicina intesa in senso lato e un approccio centrato più in particolare sulla sua dimensione clinica. Essa è stata così definita: «l'etica clinica riguarda tutte le decisioni, le incertezze, i conflitti di valore e i dilemmi coi quali si trovano a confrontarsi i medici e le équipes mediche, al capezzale dei pazienti, nelle sale operatorie, negli ambulatori di visita o nella clinica e pure a domicilio».¹⁷

lare, particolare e universale che caratterizzano ogni decisione umana: l'autore rileva quindi il rischio di un'enfatizzazione eccessiva della dimensione singolare e la relativa perdita di una giusta prospettiva di contestualizzazione e di universalità che ogni singolo atto porta sempre e comunque con sé. Cfr. P. VERSPIEREN, *Une expérience de réflexion éthique sur la pratique clinique*, in «Le Supplement», 202 (1997), pp. 129-142.

¹⁶ Cfr. anche la suddivisione suggerita da D.J. ROY - J.R. WILLIAMS - B.M. DICKENS - J.-L. BAUDOUIN, *La bioéthique, ses fondements et ses controverses*, Montreal 1995, pp. 50-51: a loro modo di vedere la bioetica odierna è composta dai tre settori dell'etica clinica, dell'etica della ricerca e dell'etica pubblica.

¹⁷ *Ibidem*, p. 53.

Si procederà qui all'analisi delle diverse proposte, definite talora anche come «modelli», di etica clinica: ciascuno di essi si configura da una parte come una specifica metodologia e dall'altra per precisi riferimenti teorici e per fondamenti filosofici propri.

2. *L'etica clinica di Jonsen, Siegler e Winslade*

Il modello casistico dell'etica clinica è stato formulato da Albert R. Jonsen, Mark Siegler e William J. Winslade, un eticista, un clinico e un giurista, nel testo *Clinical Ethics* del 1982.¹⁸ Questo libro, giunto nel 1998 alla quarta edizione, è divenuto un vero e proprio manuale di riferimento per i medici, che, in particolare negli Stati Uniti, lo utilizzano quale guida e spesso lo portano con sé, nella tasca del camice. Il modello di etica clinica proposto dagli autori è uno dei più diffusi ed apprezzati, forse anche per il taglio medico che lo contraddistingue e per la considerazione dei casi, che si avvicina molto alla modalità di insegnamento della medicina per casi, assai diffusa nei contesti anglosassoni, nonché al metodo giuridico di riferimento ai casi, tipico della *common law* anglo-americana.¹⁹

A partire dal rilievo di alcuni dei tratti etici della pratica medica clinica, individuati ad esempio nel consenso informato, nel dovere di comunicare la verità, nella confidenzialità, nelle cure di fine vita, nel conforto al dolore e nei diritti dei pazienti, gli autori evidenziano il fatto che la medicina riveste una funzione primaria di incontro umano e si realizza in un contesto ad alta caratterizzazione morale: per questa ragione l'etica viene riconosciuta come un aspetto intrinseco della buona medicina clinica. Il clinico, colui che opera in questo contesto, deve essere oggi ugualmente esperto in medicina clinica e in etica clinica, ossia deve saper riconoscere quei tratti etici che le sue azioni e le sue scelte possiedono.

¹⁸ A.R. JONSEN - M. SIEGLER - W.J. WINSLADE, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, New York 1998.

¹⁹ Una prima, precoce ed interessante apertura sull'etica clinica venne formulata da Mark Siegler, medico di formazione, che recuperò la riflessione sulla medicina condotta nell'Ottocento dal medico William Osler. Cfr. M. SIEGLER, *A Legacy of Osler: Teaching Clinical Ethics at the Bedside*, in «Journal of the American Medical Association», 10 (1978), pp. 951-956. A questo stesso articolo viene fatta risalire una delle prime formulazioni del termine «etica clinica».

I testi cui gli autori fanno riferimento sono l'*Encyclopedia of Bioethics*, i *Principles of Biomedical Ethics* di Beauchamp e Childress ed il testo di Robert Veatch *Medical Ethics*: essi rappresentano anche la letteratura di etica medica con la quale si deve acquisire confidenza per lo sviluppo di una competenza specifica in questo settore.

L'etica clinica viene definita come disciplina pratica: essa ha un suo impianto disciplinare autonomo e una finalità di tipo pratico, dal momento che deve aiutare il processo di presa di decisione. Gli autori sottolineano in particolare l'importanza e la necessità di individuare un metodo che sia adatto alla realtà clinica e che sia quindi utile per affrontare un caso pratico, che è per sua natura particolare: tale metodo rappresenta uno strumento fornito ai medici per identificare, analizzare e risolvere le questioni etiche che si incontrano nella medicina clinica.²⁰

Pur riconoscendo l'importanza che i principî detengono, la mera applicazione o importazione di principî etici generali entro il contesto clinico non risponderebbe, a loro modo di vedere, alla specificità che caratterizza quest'ambito, già carico in maniera intrinseca di elementi morali.

L'esigenza è inoltre quella di colmare lo iato che tradizionalmente si è tracciato tra teoria e pratica, tra pensiero e azione: il pensiero in ambito morale necessita da ultimo di conferirsi una struttura di giudizio pratico, quindi

«il movimento del pensiero morale deve in qualche modo trovare la sua via più propria tra principî astratti e decisioni pratiche ... Inoltre in un discorso morale i problemi non sono mai elegantemente lineari e chiari come nella matematica. Essi sono piuttosto storie confuse ricche di molti dettagli ... L'etica clinica 'vede' i principî alla luce dei molteplici dettagli dei casi particolari».²¹

Esistono alcuni elementi etici di fondo riconosciuti come presupposti nella discussione, anche se non sempre essi sono resi espliciti: gli standard di comportamento e le attitudini, da un lato, e i principî generali e le regole specifiche, dall'altro. A questo secondo livello vengono ricondotte anche le massime, che sono più

²⁰ A.R. JONSEN - M. SIEGLER - W.J. WINSLADE, *Clinical Ethics*, p. 1: «clinical ethics is a practical discipline that provides a structured approach to decision making that can assist physicians to identify, analyze and resolve ethical issues in clinical medicine».

²¹ A.R. JONSEN, *Clinical Ethics and the Four Principles*, p. 60.

particolari rispetto ai principî ed esprimono delle raccomandazioni morali o prudenziali.

Nella ricerca di un metodo per l'etica clinica gli autori individuano quindi quattro soggetti, quattro *topics*, attraverso cui analizzare nei dettagli un caso clinico, che si presenti come problema etico: essi prevedono le indicazioni mediche, le preferenze del paziente, la qualità di vita e le caratteristiche contestuali. I *topics*, che rimandano ai *topici* della retorica classica, sono i tratti costanti, i «luoghi» secondo cui si può effettuare un'analisi ed una valutazione della situazione: essi permettono infatti di evidenziare le circostanze particolari che caratterizzano in modo significativo il caso. Rispetto alla retorica, nella casistica di ambito morale le circostanze permettono di individuare i tratti «moralmente apprezzabili» di una situazione, nel senso che esse rappresentano gli elementi a partire dai quali si può fornire una valutazione morale.

Questi quattro *topics* forniscono un modo sistematico, quindi un vero e proprio metodo, per identificare, analizzare e risolvere i problemi etici che emergono nella medicina clinica. L'analisi attraverso di essi permette di «sciogliere» casi di per sé anche molto complessi, nei quali quindi non è immediatamente riconoscibile l'elemento più problematico, e porta ad individuare quali principî morali siano coinvolti nel caso e quali siano appropriati per spiegarlo o aiutare a risolverlo.

L'insieme di questi quattro soggetti, in quanto metodo, permette da una parte di disporre di uno schema, definito dagli autori come piano organizzativo, da usare per l'insegnamento e la discussione, d'altra parte favorisce il raggiungimento di una soluzione vera e propria della situazione, di tipo pratico, nei termini di un giudizio e di una decisione sull'azione.

All'interno di ciascun soggetto, gli autori ricomprendono quei casi paradigmatici che lo possono esemplificare e che possono essere meglio letti e compresi alla luce di una precisa tematica. Amplia risulta così la scelta dei casi riportati, secondo la più tipica tradizione della casistica.

3. *Le quattro angolazioni d'analisi dei casi: i quattro «topics»*

Lo schema di analisi dei casi prevede che per ciascuno di essi si parta da una descrizione fattuale: non a caso la prima tematica che

deve essere affrontata è proprio quella delle indicazioni mediche. Ad essa fanno seguito altre tre tappe che permettono di delineare un quadro completo della situazione, da un punto di vista morale.

a. «Indications for Medical Intervention»

Con questo termine gli autori intendono tutti quegli elementi che concorrono a determinare la discussione clinica: tra essi sono ricomprese le indicazioni per l'intervento medico, la diagnosi e il giudizio clinico che il medico può esprimere, la prognosi accompagnata dalla valutazione dei benefici attendibili, la raccomandazione che viene fatta al paziente, che in seguito sceglie a sua volta. Le questioni etiche a questo livello emergono quando le finalità dell'intervento medico non sono del tutto chiare, presentano margini di incertezza, particolare o generale, o confliggono tra loro. Inoltre dal momento che il giudizio che viene espresso non è mai solo un giudizio di tipo scientifico, perché esso è comunque influenzato e talora determinato dai valori del medico coinvolto, vi è ulteriore spazio per l'emergere di questioni di tipo etico. Problemi etici attuali che si presentano sul piano delle indicazioni mediche sono presenti ad esempio nella questione della *futility*, nelle direttive di non rianimare (i cosiddetti «Do Not Resuscitate orders», «DNR orders») e nella determinazione della sopravvenuta morte.

b. «Preferences of Patient»

Su di un secondo livello si considerano le preferenze del paziente: è il paziente colui cui spetta, da ultimo, l'autorità, sia legale che morale, di stabilire una relazione con il medico. Le preferenze che lui può esprimere rivestono quindi molteplici significati: sono importanti infatti da un punto di vista clinico, legale, psicologico, politico. Esse vengono definite come «il nucleo legale ed etico della relazione medico-paziente»: da un punto di vista propriamente etico, le preferenze del paziente sono espressione della sua volontà e quindi della sua autonomia e sulla base di questo principio etico esse debbono essere ascoltate e rispettate. Su questo livello si evidenzia inoltre il profondo mutamento avvenuto nella medicina contemporanea, per cui dal paternalismo tradizionale, che prevedeva un'autorità quasi assoluta del medico nel determinare il da farsi, si è passati ad un'autorità altrettanto forte da parte del paziente, con

il rischio a volte della possibilità che esse vengano a confliggere. L'introduzione in medicina del consenso informato è un indice di questo avvenuto passaggio di autorità: lo strumento del consenso rimanda ad un incontro tra medico e paziente, caratterizzato da una reciproca partecipazione, da rispetto e da una condivisione del processo decisionale. Per illustrare questo soggetto vengono riportati numerosi casi, in particolare quelli che fanno riferimento al rifiuto competente dei trattamenti, alla pratica delle direttive anticipate, ai processi decisionali per pazienti mentalmente incapaci.

c. «Quality of Life»

Al terzo livello dell'analisi viene posta la qualità di vita, che si delinea come nuovo parametro dal quale non si può prescindere oggi in medicina, quando si voglia valutare la bontà e la validità di un intervento clinico: per gli autori la finalità primaria della cura medica è data dal miglioramento della qualità di vita di colui che ha bisogno di cure. La nozione di «qualità di vita», di per sé vaga e debolmente scelta, comporta sempre un giudizio di valore, che in quanto tale non è mai né del tutto soggettivo né del tutto oggettivo. Essa si è definita anche in contrapposizione con la nozione di «santità della vita»: le due nozioni esprimono due diverse attitudini rispetto alla considerazione della vita umana e agli atteggiamenti possibili nei suoi riguardi. Su una medesima situazione due soggetti diversamente coinvolti possono pronunciare un giudizio del tutto differente: capita a volte ad esempio che un medico esprima una valutazione della situazione ridotta rispetto alla percezione e alla visione che ne ha il paziente stesso. Per poter effettuare una valutazione della qualità della vita gli autori cercano di individuare e stabilire dei criteri oggettivi, ad esempio quelli di qualità ridotta, minima o addirittura sotto il minimo; la qualità di vita viene considerata inoltre nei termini di «abilità funzionali», fisiche, sociali e mentali. All'argomento della qualità della vita ci si rifà per le situazioni più drammatiche, nelle quali comunque non è scontato individuare la bontà o meno di un intervento, come succede ad esempio nella valutazione della proporzionalità delle cure e nella decisione della loro eventuale sospensione, o ancora nelle richieste di eutanasia e di suicidio assistito, invocati spesso proprio quando la qualità della vita sembra essere ridotta «sotto il minimo».

d. «Contextual Features»

L'analisi precisa di un caso non può prescindere infine dalla considerazione del contesto entro cui esso prende corpo: il contesto rappresenta la scena che detta alcune condizioni e fornisce alcuni parametri essenziali per inquadrare l'intera vicenda ed esso è influenzato a propria volta dalle decisioni e dalle azioni intraprese. Quindi, secondo un'ultima angolatura, per effettuare un'analisi del caso da un punto di vista etico vanno presi in considerazione i cosiddetti «elementi del contesto», ossia quegli elementi sociali, economici, legali e amministrativi che contribuiscono a caratterizzare una situazione. Una questione contestuale che possiede notevole rilevanza etica è quella della giustizia, classicamente definita con la formula «dare a ciascuno secondo il dovuto»: il problema che si pone oggi è proprio quello di stabilire i criteri che – come decisioni e direttive di politica pubblica – definiscono quanto è dovuto.²² Tali criteri possono influire a volte in maniera determinante nella cura del paziente. Vari altri elementi concorrono a configurare il contesto: bisogna valutare il ruolo di tutte le parti interessate, che oggi sono molteplici, quindi, accanto al paziente e al medico, si devono considerare la famiglia, le istituzioni, le assicurazioni; gli aspetti più strettamente economici, quali ad esempio le coperture assicurative, che possono essere adeguate o meno, e che non dovrebbero comunque mai compromettere i tratti essenziali del rapporto medico-paziente, che deve rimanere fondato su parametri di fiducia; il problema più generale e globale dell'allocazione delle risorse mediche scarse; il ruolo della legge, dal momento che ci possono essere conflitti tra i valori etici e le obbligazioni legali; la dimensione della ricerca e dell'insegnamento medici, che oggi possono avere un impatto pesante sulla realtà clinica; la questione della sicurezza e del benessere della società, che non sempre corrisponde alla tutela del benessere individuale. Tra i nuovi strumenti disponibili per affrontare la complessità della cura clinica, gli autori segnalano infine la presenza, sempre più diffusa e significativa, dei comitati etici e dei consulenti etici, per le cui attività il metodo esposto da Jonsen, Siegler e Winslade può rivelarsi utile.

²² Gli autori riconducono i criteri di giustizia a quattro principali: a ciascuno in modo uguale, a ciascuno a seconda della contribuzione, a ciascuno a seconda del merito, a ciascuno secondo il bisogno. È quest'ultimo, di solito, il parametro adottato in medicina per determinare la distribuzione delle risorse.

I casi clinici complessi vengono analizzati secondo queste quattro diverse angolature: il metodo dell'etica clinica comporta quindi evidentemente una dimensione di giudizio e decisione pratica. Il giudizio etico rappresenta a sua volta la capacità di valutare in che modo più riferimenti ed elementi etici debbano essere coniugati in una precisa situazione.

Nella scelta dei soggetti si avverte che gli autori hanno individuato per ciascuno di essi dei tratti precisi, che rimandano poi a loro volta ai principî, pur coniugati secondo una diversa angolatura: se alle indicazioni mediche può corrispondere infatti il principio della beneficenza, che è quello che guida tradizionalmente l'intervento medico, quando si considerano le preferenze del paziente si fa riferimento piuttosto al principio dell'autonomia; ancora, per quanto riguarda la qualità della vita, si possono chiamare in causa non-maleficenza e beneficenza, mentre le caratteristiche contestuali rimandano principalmente alla dimensione del principio di giustizia.

4. *Qualche caso*

Su ciascuna questione specifica gli autori espongono dei casi particolari, scelti in quanto li si può ricondurre a situazioni e principî di riferimento, per il tramite dei casi-paradigma e dell'analogia, secondo il metodo tipico della casistica. Essi diventano quindi casi paradigmatici: di ciascuno viene fornita una breve esposizione, seguita da un commento, dal quale si ricava poi una raccomandazione per le situazioni analoghe, indicando le eventuali implicazioni legali del caso. Ogni caso può suggerire un dovere morale particolare ad esso sotteso, perciò la lista dei casi è dettagliata.

Per illustrare il tema della sospensione dei trattamenti, gli autori riportano il caso della signora Care, una paziente di 48 anni in stato avanzato di sclerosi multipla, che, sofferente di gravi piaghe da decubito e di osteomielite, non risponde ai vari tentativi di trattamento, neppure ai trapianti di pelle. Negli ultimi mesi la donna è stata ricoverata tre volte nel reparto di cure intensive per una polmonite *ab ingestis* e ha bisogno di ventilazione meccanica. A quattro giorni di distanza dall'ultima dimissione viene riportata in pronto soccorso, in condizioni di sepsi, con pressione sanguigna molto bassa e con respirazioni agoniche. La questione che gli autori

pongono è: la donna deve essere intubata?²³ Nel commentare il caso essi rilevano che da un punto di vista medico l'intubazione qui non è indicata. A questo livello della situazione, l'intervento medico è definito come «futile», dal momento che non prospetta benefici terapeutici per il paziente. Qui in particolare si tratterebbe della cosiddetta «futilità fisiologica». In tali condizioni scientificamente è impossibile guarire e nessun paziente risulta essersi ripreso. L'argomento riguarda evidentemente il primo *topic*, quello della valutazione delle indicazioni mediche. Il medico deve raccomandare in maniera molto decisa che l'intubazione venga evitata. È questa la raccomandazione formulata dagli autori: l'intubazione non è indicata, risulterebbe piuttosto futile, dal momento che la donna ormai sta morendo e nessun intervento cambierebbe il corso delle cose, tutt'al più si potrebbe posticipare la morte solo di qualche ora.

Per quanto riguarda le preferenze del paziente, frequente è la situazione del rifiuto delle cure: il problema è di decidere come si debba comportare in questi casi il clinico.

Nel trattare il *topic* delle preferenze del paziente gli autori considerano l'argomento della determinazione della capacità decisionale. Uno dei casi scelti riguarda la signora D.,²⁴ di 77 anni, che viene condotta al pronto soccorso da un vicino, dato che ha il piede sinistro in cancrena. È una donna che ha vissuto sola negli ultimi dodici anni e che viene reputata intelligente e orgogliosamente indipendente; le sue capacità mentali sono relativamente intatte, ma ha iniziato ad essere smemorata e talvolta confusa. Nel corso delle due ultime visite dal medico curante, lei lo ha chiamato col nome del suo medico precedente, ormai morto. Alla comunicazione che il miglior trattamento medico per il suo problema è un'amputazione, lei rifiuta in maniera inflessibile, dichiarando di essere consapevole delle conseguenze e di accettarle. Con grande calma la donna comunica al suo medico di voler essere «sepolta intera». Quest'ultimo considera quindi la possibilità di chiedere l'autorizzazione giudiziaria al trattamento. A commento del caso, gli autori rilevano che la lieve demenza della signora D. può far dubitare delle sue capacità di pronunciare un giudizio autonomo. Di solito il test decisivo per determinare la competenza è l'evidenza

²³ Cfr. A.R. JONSEN - M. SIEGLER - W.J. WINSLADE, *Clinical Ethics*, pp. 22-23.

²⁴ *Ibidem*, pp. 61-62.

che la persona riesca a comprendere la natura del problema e le conseguenze della scelta che lei sta per fare. La cosiddetta «autenticità» della scelta viene misurata sulla possibilità di collocare tale scelta nel contesto della storia di vita e dei valori di una persona e di verificare se essa sembra essere coerente con essi. Questo criterio, adottato da taluni eticisti per definire la capacità mentale, può proporsi anche nell'ambito clinico come una buona guida per valutare l'autonomia della scelta. In questo caso, la chiarezza delle dichiarazioni della signora D. farebbe presumere a favore della sua capacità decisionale di compiere scelte autonome. Perciò il medico non deve chiedere una valutazione giudiziaria dell'incompetenza, fintantoché non subentri il dubbio sulle sue capacità decisionali. La raccomandazione che gli autori fanno è di limitare il trattamento della signora D. ad una terapia medica appropriata: è pertinente tentare una persuasione moderata per far accettare l'amputazione, ma non si deve usare una pressione indebita o la coercizione.

Nel trattare della qualità di vita, gli autori illustrano le caratteristiche del giudizio sulla qualità di vita di neonati e bambini:²⁵ l'espressione di tale giudizio in pediatria è particolarmente complesso poiché la vita per la quale si decide si svolgerà perlopiù nel futuro e spesso non è possibile far riferimento ad un'espressione di preferenze, per come essa è invece possibile nel caso di un adulto. Un primo caso riguarda un bambino di 12 anni, affetto da una sindrome di Down, che presenta lesioni cardiache congenite, note sin dalla nascita. Nei test sul quoziente intellettivo Peter è al livello più alto cui giungono le persone con sindrome di Down. Peter è uno scout, pratica sport ed è uno scolaro medio in una scuola apposita. I genitori rifiutano di permettere un intervento chirurgico che gli garantirebbe una aspettativa di vita normale, dichiarando che dopo la loro morte la sua qualità di vita sarebbe intollerabile. Il secondo caso esposto è quello di un neonato che presenta caratteristiche della sindrome di Down, confermata attraverso una mappa cromosomica. Soffre anche di una atresia duodenale, ossia una mancata perforazione, per la quale viene indicata un'operazione immediata. I genitori rifiutano il permesso, affermando che il bambino starebbe meglio morto piuttosto che a dover vivere la vita di una persona ritardata. Nel commento ai due casi gli autori evidenziano i rischi contenuti nell'espressione di un giudizio sulla qualità di vita. Nel

²⁵ *Ibidem*, pp. 119-121.

caso di Peter il giudizio riguarda un futuro lontano: quanto espresso dai genitori non riflette fatti significativi per la vita del figlio e contemporaneamente ha implicazioni con conseguenze importanti e risultato certo sulla sua vita. Senza intervento il ragazzo continuerà a vivere e lentamente svilupperà i sintomi derivanti da un'insufficienza cardiaca grave e da un'ipertensione polmonare. Nel secondo caso la tendenza generale a svalutare intelligenza, successo, produttività e indipendenza – quando essi siano ritenuti limitati – definisce le tinte del giudizio: ma questi valori sociali, ricordano gli autori, benché siano considerati di importanza fondamentale nella nostra cultura, non rappresentano certo gli unici valori umani; fare appello ad essi non giustifica il fatto di lasciar morire coloro che possono ottenerli solo in maniera limitata. La raccomandazione derivata da tali casi è che i trattamenti medici efficaci nel ridurre una disabilità fisica sono eticamente obbligatori se l'unica controindicazione prevista è rappresentata dalle disabilità di sviluppo dello stato caratteristico delle sindromi di Down. Condizioni mediche più complesse possono costituire vere controindicazioni, come accadrebbe però del resto per un qualsiasi altro bambino.

Un tema significativo che riguarda il quarto *topics*, quello delle caratteristiche contestuali, è la questione del conflitto di interessi.²⁶ Come esempio si considerano un gruppo di medici internisti che raccoglie dei fondi per l'acquisto di un impianto di diagnostica per immagini. Il volume di affari derivabile dall'utilizzo di tale impianto produce dei profitti e la prospettiva del profitto potrebbe influenzare il loro giudizio clinico sulla reale necessità dei loro pazienti di effettuare indagini diagnostiche per immagine. Un altro esempio riguarda il coinvolgimento da parte di una compagnia farmaceutica di cardiologi, ai quali viene proposto di condurre uno studio clinico su di un nuovo farmaco: per ogni paziente coinvolto nello studio la compagnia corrisponde al medico un bonus. Al momento della revisione dei risultati si nota un aumento nella prescrizione di tale farmaco, con conseguente sensibile diminuzione del farmaco utilizzato tradizionalmente. Gli autori considerano che un conflitto di interessi non è di per sé non etico, ma esso è una situazione nella quale un individuo ha opportunità e motivazione ad agire contrariamente al dovere, per ottenere un beneficio personale. In merito si è espressa l'Associazione Medica Americana, e in generale si

²⁶ *Ibidem*, pp. 158-159.

raccomanda a coloro che si trovano nella situazione di conflitto di dichiararlo apertamente.

5. *La riabilitazione della casistica: «the new casuistry»*

Il riferimento filosofico principale del modello di questi tre autori è la cosiddetta «nuova casistica», alla cui riabilitazione uno di essi, Albert Jonsen, aveva lavorato nel testo *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*,²⁷ assieme al filosofo morale Stephen Toulmin.

La casistica classica si può definire come una parte dell'etica che ha la finalità di risolvere i cosiddetti casi di coscienza, applicando le regole generali della religione e della moralità a istanze particolari, nelle quali o le circostanze alterano i casi o sembra porsi un conflitto di doveri.

I presupposti della casistica sono rinvenibili già nelle culture classiche dell'Occidente e del vicino Oriente, principalmente nelle idee della filosofia greca, nelle pratiche giudiziarie della legge romana e nella tradizione del dibattito rabbinico. Il giudaismo rabbinico, in particolare, nell'individuare i doveri morali e religiosi del buon ebreo osservante, aveva espresso una prima forma di casistica morale: della Torah o Legge, ossia i cinque libri della Bibbia che formano il cosiddetto Pentateuco, i commentatori fornivano una spiegazione, i rabbini un'interpretazione, mentre i giudici traevano da essa regolamenti.²⁸ Per il tramite di una tassonomia derivata proprio dai casi paradigmatici e dalle massime contenute nel Pentateuco venivano codificati i doveri speciali associati all'ebraismo. E nella casistica cristiana di età patristica si incontra la commistione di dimensioni morali derivate dalle diverse culture e da differenti autori, quali le virtù, la legge naturale e il ragionamento pratico.

Tale approccio morale ha trovato successivamente la propria formulazione teorica e il proprio massimo splendore, in particolare tra la fine del Cinquecento e la prima metà del Seicento, ad opera dei Gesuiti; esso è caduto in discredito a seguito della polemica

²⁷ A.R. JONSEN - S.E. TOULMIN, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley 1988.

²⁸ L'insieme di questi tre diversi approcci al testo andò a costituire il cosiddetto dibattito sulla Torah.

e delle critiche mossegli da Pascal nelle *Lettere Provinciali*²⁹ ed è stato riabilitato negli anni Sessanta del Novecento grazie ad un ritorno d'attenzione in etica professionale e in particolare in etica medica alle circostanze specifiche e ai casi. La ricostruzione storica della casistica operata da Jonsen e Toulmin evidenzia i passaggi e l'evoluzione di tale approccio, nonché il significato è il potenziale che ancor oggi la casistica possiede: nel divorzio tradizionalmente sancito tra teoria e prassi, la morale veniva ricondotta all'ambito delle discipline pratiche, il cui metodo argomentativo era del tutto diverso da quello delle scienze teoriche. Queste ultime infatti possono avvalersi di affermazioni ed argomenti ideali, atemporali e necessari e quindi del metodo deduttivo, paradigmaticamente usato in geometria, che permette di derivare conclusioni sull'istanza presente a partire da assiomi universali, che fungono da premesse maggiori, e da fatti particolari, che rappresentano invece le premesse minori. In ambito pratico, invece, dal momento che l'oggetto è costituito da situazioni concrete, temporali e presuntive, le affermazioni devono essere espresse tenendo conto di tali condizioni: è quindi indispensabile individuare un metodo adeguato anche per quest'ambito, che permetta di derivare conclusioni precise, a partire da affermazioni e condizioni particolari. La struttura del ragionamento pratico prevede quindi la considerazione della situazione presente che viene ricondotta ad una giustificazione, generale e ricavata da precedenti simili, per poter giungere infine a formulare una conclusione prevedibile – quindi di per sé solo probabile, non certa – per quel caso particolare.

La medicina clinica rappresenta a detta degli autori un buon esempio di come si strutturi una disciplina pratica: essa viene addirittura definita come

«l'impresa professionale oggi più vicina alla pratica morale». Attraverso una sua analisi è quindi possibile evidenziare i tratti che essa ha in comune con la disciplina morale: ad esempio la concretezza del ragionamento, dal

²⁹ Le critiche di Pascal erano rivolte soprattutto contro il lassismo morale che l'approccio casistico sembrava permettere e diffondere: esso forniva infatti la possibilità di trovare argomenti e giustificazioni per ogni situazione che si presentasse. Proprio sulla scia di tali polemiche il termine casistica assunse in seguito una connotazione negativa, che la fece identificare con una «modalità evasiva di rapportarsi ai casi difficili di dovere» o ancora la fece paragonare alla sofistica; trattandosi di teologia morale, essa venne definita anche come «l'arte di sottilizzare con Dio».

momento che «l'etica e la medicina clinica sono entrambe esempi primari di ragionamento concreto in cui ... il rigore teoretico di un'argomentazione geometrica non può essere ottenuto».³⁰

In medicina clinica infatti si attua un uso riflessivo del giudizio medico, rapportandosi alle condizioni particolari dei pazienti: nella pratica clinica è necessario affiancare a una tassonomia delle malattie l'esperienza, che permette di riconoscerle poi nelle situazioni concrete, per giungere infine alla diagnosi; è l'appello all'analogia la ragione che giustifica la diagnosi. Sia l'ambito morale che la pratica medica hanno come finalità la soluzione di casi pratici e per raggiungere tale obiettivo utilizzano il medesimo modello argomentativo, quello del ragionamento per paradigmi e analogie, a partire da una tassonomia di casi-tipo. I giudizi cui entrambe giungono hanno la medesima natura, nel senso che sono sostantivi e pratici, a detta degli autori. Un altro tratto comune alle due discipline è il fatto che in esse l'esperienza pratica è sia personale, sia collettiva.

Nel corso degli ultimi tre secoli, in particolare negli anni che vanno dalla seconda metà del Seicento alla seconda metà del Novecento, l'attenzione della filosofia morale si è concentrata a detta degli autori pressoché esclusivamente su questioni teoriche, perdendo di vista quindi l'analisi per casi. Una netta distinzione di teoria e prassi in ambito morale risulta però inadeguata, in particolare al giorno d'oggi, per comprendere e affrontare i problemi e le situazioni difficili: la necessità di trovare una modalità di affrontare principî generali e casi particolari investe diversi momenti dell'esperienza, dato che le regole generali devono funzionare da riferimento e direttiva rispetto alle decisioni pratiche particolari che si debbono assumere. Anche a seguito del breve periodo di ripresa della *situation ethics* in teologia, il recupero della casistica si è profilato come una possibile via per affrontare le questioni morali irrisolte, che eccedono sempre e comunque le teorie. La constatazione dell'inevitabile approccio casistico e della caratteristica sempre particolare della conoscenza morale ha fatto apparire la casistica come un buon modello di riferimento per quella che gli autori definiscono «etica della *common law*», finalizzata all'appli-

³⁰ S. TOULMIN, *How Medicine Saved the Life of Ethics*, in J.P. DE MARCO - R.M. FOX (edd), *New Directions in Ethics. The Challenge of Applied Ethics*, New York 1986, pp. 265-281, qui p. 271.

cazione di regole morali generali a insiemi di circostanze inedite e sempre più complesse.³¹ Le accuse tradizionalmente mosse alla casistica di eccedere in lassismo e probabilismo,³² nonché di essere gravemente in difetto sul piano teorico, sembrano passare oggi in secondo piano: infatti da una parte il pluralismo morale accentuato, dall'altra le necessità di addivenire a giudizi pratici e soluzioni concrete richiedono innanzitutto la disponibilità di un metodo, che la casistica sembra offrire in maniera appropriata.

Da un punto di vista metodologico, la nuova casistica viene definita da Jonsen e Toulmin come «l'interpretazione dei problemi morali, attraverso l'uso di procedure di ragionamento basate su paradigmi e analogie, che conducono alla formulazione di un'opinione esperta sull'esistenza e la stringenza di certe obbligazioni morali particolari, concepite nei termini di regole o massime che sono sì generali, ma non universali o assolute, dal momento che valgono in modo certo solo per quelle particolari condizioni dell'agente e quelle tipiche circostanze dell'azione».³³

Un presupposto essenziale della casistica è che la verità morale è racchiusa nel dettaglio: il significato e la finalità dei principi sono determinati attraverso l'interpretazione di «situazioni fattuali» rispetto a «casi paradigmatici».

Il metodo casistico si struttura in sei fasi ben precise: la prima prevede la considerazione e l'ordinamento dei casi secondo «paradigmi e analogie», quindi individuando casi-paradigma cui ricondurre la singola situazione, per analogia; questa prima fase permette di collegare casi specifici ad un certo principio e di stabilire una tassonomia delle situazioni. Su questo primo livello si muovono anche Jonsen, Siegler e Winslade quando, per l'esposizione del proprio metodo, procedono attraverso l'individuazione di alcuni soggetti che permettono di ordinare per analogia vari casi.

³¹ Mentre in un modello di ragionamento morale di tipo dimostrativo-deduttivo la teoria etica fornisce degli assiomi di riferimento dai quali si derivano poi le conclusioni, nel modello retorico il ruolo-chiave è giocato dalle considerazioni sulle circostanze.

³² Con probabilismo si intende quella versione della casistica che prevedeva il ricorso a proposizioni morali probabili: nel Seicento l'uso e talora un abuso di tale approccio portò alla formulazione di sempre nuove e ulteriori opinioni morali probabili, quasi si potessero calcolare tutte le combinazioni morali possibili. I rischi maggiori cui il probabilismo poteva condurre erano stati individuati nello scetticismo, per cui ogni opinione è buona e legittima in quanto tale, e nel lassismo morale, in base al quale ogni legge sembra scomparire di fronte all'appello alla libertà. Cfr. in merito A.R. JONSEN - S.E. TOULMIN, *The Abuse*, pp. 164-175.

³³ *Ibidem* p. 257.

La seconda fase è caratterizzata dal ricorso alle «massime», ossia ad argomenti che vanno sì al di là del singolo caso, ma hanno una valenza più particolare rispetto ai principî.

La terza fase focalizza l'attenzione sulle «circostanze»,³⁴ dal momento che sono esse a determinare il caso e che quindi incidono significativamente sul giudizio morale che se ne può dare: si rileva infatti che ai fini dell'analisi morale le circostanze sono fondamentali almeno quanto i principî.

Un ulteriore elemento che va a costituire l'analisi del caso è la valutazione delle «probabilità» che caratterizzano le possibili conclusioni.³⁵

Ad esse vanno aggiunti i cosiddetti «argomenti cumulativi» che rappresentano tutte quelle ragioni che possono essere addotte in maniera pertinente a favore del caso: in questa fase si evidenzia la somiglianza tra il discorso morale, da una parte, e la retorica ed il senso comune, dall'altra.

Vi è infine la sesta fase, quella della vera e propria «risoluzione», ossia l'indicazione della possibilità, morale, di intraprendere una certa azione piuttosto che un'altra. Tale conclusione rappresenta una parte essenziale dell'intero procedimento, dal momento che il fatto di agire con la «coscienza dubbiosa» viene valutato come di per sé immorale.

Per il bilanciamento di tutte queste fasi è indispensabile mettere in atto la prudenza, la *phronesis* aristotelica, la cosiddetta saggezza pratica, che permette alla persona di rapportarsi al singolo individuo, ai problemi specifici e ai dettagli di un caso e quindi di decidere rispetto ad esso.

Jonsen, Siegler e Winslade sottolineano in particolare l'importanza dei *topics*, che forniscono il tramite per la trasposizione del metodo casistico in etica clinica. Dei *topics*, delle massime e delle circostanze essi forniscono un'esposizione precisa. I *topics*, corrispondenti appunto ai *topici* della retorica classica, rimandano ai «luoghi» che permettono di trovare e ordinare il «materiale» argomentativo utile per leggere il caso. Le circostanze e le massime sono gli altri due elementi cruciali nell'utilizzo del metodo casistico:

³⁴ La lista tradizionale delle circostanze prevede che si considerino le seguenti: *who, what, where, when, why, how and by what means*. Quindi il caso va analizzato secondo il chi, il che cosa, il dove, il quando, il perché, il come e con quali significati.

³⁵ In base a tale valutazione un caso può essere certo, probabile, scarsamente probabile o altamente probabile.

le massime sono riportate nei termini di raccomandazioni. Le tre fasi della valutazione della probabilità, degli argomenti cumulativi e della risoluzione vengono affidate al momento di discussione e analisi del caso: la risoluzione prevede a propria volta la messa in atto del giudizio e quindi della cosiddetta saggezza pratica.

6. *Considerazioni sulla casistica di ambito medico-clinico*

L'approccio della casistica, che si poneva in essere anche con l'intenzione di opporsi teoreticamente al principlismo, resta pur sempre di tipo pragmatico e procedurale, dal momento che essa individua la struttura dell'argomentazione morale nei termini di un metodo, quindi per poterla esercitare agevolmente, al fine di risolvere situazioni problematiche. La disponibilità di un metodo è senza dubbio una caratteristica positiva e necessaria per la formulazione di un giudizio, in particolare per un giudizio che si colloca nell'ambito dell'etica pratica e pubblica, ma quel che rischia di rimanere in secondo piano è ancora una volta il soggetto morale agente, che compie la scelta e che liberamente decide. La persona non sembra così essere valorizzata e riconosciuta nella sua specificità e nella dimensione di libertà e responsabilità che in ogni scelta morale è in gioco.

La possibilità di fare appello ad un'autorità morale o ad opinioni consolidate, oltre a sgravare il singolo del compito della scelta, non sembra comunque essere così scontata, al giorno d'oggi: per quanto riguarda tale appello Jonsen e Toulmin sono stati criticati, dal momento che esso sembra difficilmente realizzabile in un contesto pluralista come quello della società contemporanea, dove non esiste una figura concordemente riconosciuta quale referente autorevole, avente quindi l'autorità morale per esprimere pareri significativi, come invece poteva avvenire in passato, e dove difficilmente si può far riferimento ad una moralità comune, che in un modello come questo viene implicitamente riconosciuta come vigente. In questo senso non è un caso che la casistica morale abbia trovato in passato collocazione e fortuna entro alcune delle più consolidate prospettive teologiche, sino a dar vita a propria volta ad una vera e propria tradizione casistica: è infatti all'interno delle tre grandi religioni rivelate – cristianesimo, ebraismo e islamismo – che la casistica si è sviluppata maggiormente. L'apparato dogmatico ben

preciso e strutturato, che tali religioni inevitabilmente possiedono ed offrono, ha creato quella situazione e quell'orizzonte di moralità comune cui gli autori fanno appello anche per la nuova casistica.³⁶ La mancanza di tale struttura si profila quindi come un limite serio nell'applicazione della nuova casistica.

Ancora una volta, inoltre, si prescinde da un approfondimento sui fondamenti etici del modello da un punto di vista teorico: lo stesso Jonsen riconosce questo come uno dei punti cruciali ancora irrisolti della proposta casistica.³⁷

Una critica significativa a tale approccio riguarda la sua pressoché totale aderenza ad un modello medico tradizionale: tale vicinanza rischierebbe di ricondurre ancora una volta al solo medico ogni dinamica delle decisioni assunte in ospedale, senza entrare davvero nella tensione centrale che le questioni etiche portano con sé, che è dovuta in parte all'incontro di almeno due soggettività, ossia quella del curante e quella del paziente. Tale tensione richiede di considerare e riflettere sulla clinica nella sua dinamica e nel suo significato di relazione di cura.

Ancora, l'interpretazione dell'etica clinica che qui viene proposta rischia di ridurre tale ambito ad un rapporto bipolare medico-paziente, nel quale ci si limita a giustapporre diritti e doveri individuali: viene però in tal modo eliminato lo specifico apporto dell'etica, quel contributo critico che essa potrebbe fornire in maniera originale alla medicina.³⁸ La sottolineatura della mancata funzione che l'etica e la filosofia possono e debbono esercitare in medicina è fatta propria anche da chi critica più estesamente l'approccio della casistica in medicina:³⁹ una rilevazione dei limiti intrinseci all'approccio decisionale tipico della medicina odierna permette di rilevare i medesimi limiti nella nuova casistica considerata in ambito clinico.

³⁶ Nell'etica protestante la casistica ha incontrato scarse attenzioni e fortuna. Nella tradizione etica romano-cattolica, invece, si fa riferimento all'insieme dei pensatori che hanno approfondito e sviluppato il significato di una certa dottrina, perciò la trattazione casistica riceve qui un rilievo maggiore. Cfr. in merito *History of Protestant Medical Ethics*, in W.T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1978¹, pp. 1364-1373.

³⁷ Cfr. A. JONSEN, *Casuistry*, in W.T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1995², pp. 344-350.

³⁸ Cfr. quanto afferma in merito anche E. LECALDANO, *Bioetica. Le scelte morali*, Roma - Bari 1999, p. 22.

³⁹ Cfr. in particolare le analisi e le critiche acute e puntuali mosse alla casistica da M.J. BLTON, *The Ethics of Clinical Ethics Consultation: on the Way to Clinical Philosophy*, Nashville (TN) 1993.

Nella sua forte aderenza rispetto alla pratica medica nordamericana, il modello casistico è in difetto anche dal momento che non considera la normatività intrinseca alla medicina, che indizza – pur implicitamente, ma forse per questo in maniera ancor più ingerente – il modo di esprimere un giudizio e di prendere una decisione in tale settore.

Anche il ricorso all'analogia e ai casi-paradigma cui la casistica fa appello può risultare inadeguato, dal momento che non si può fare riferimento a casi realmente chiari e univoci, quanto piuttosto solo a situazioni individuali che restano pur sempre complesse: la difficoltà dei casi risiede anche nel fatto che ciascuno di essi resta unico e singolare, al di là delle analogie che si vogliano stabilire tra essi, dal momento che coinvolge il paziente, nella sua specifica e particolare situazione.

Nel proporsi come «arte di raggiungere una soluzione pratica per particolari dilemmi morali, senza appoggiarsi alle grandi tradizioni dei principî morali» la casistica da un lato perde l'attenzione all'«unico individuale» nelle situazioni cliniche e dall'altro sottovaluta il fatto che i principî possono anche non essere delle norme astratte, bensì piuttosto il frutto di una riflessione maturata a partire da un'esperienza di vita.

L'approccio casistico si rivela molto utile ed interessante soprattutto per quelle aree e quei contesti nei quali è consolidato il riferimento alla *common law*, da un punto di vista giuridico, ed alla *common morality*, da un punto di vista etico. La possibilità di ricavare indicazioni, raccomandazioni e linee-guida da un caso si traduce qui infatti anche nella possibilità di ricavare precise indicazioni giuridiche e normative in merito. Proprio in considerazione della peculiarità della realtà entro cui è stato recuperato il modello della nuova casistica, appare ancor più importante capire e collocare i modelli entro i contesti che li hanno generati, che restano molto specifici, prima di importarli in maniera acritica ed entusiastica.⁴⁰ Il manuale che Jonsen, Siegler e Winslade hanno preparato si rivela utile, ma il rischio è quello di non evidenziare le dinamiche etiche

⁴⁰ Il modello, che risulta pur valido nel contesto nordamericano, presenta limiti più evidenti se lo si pensa per un contesto diverso, qual è quello europeo: qui ad esempio rimangono significativi e possono fungere da termini di riferimento per l'ambito medico-clinico sia i codici deontologici sia le norme etiche che li motivano, nonché riflessioni di stampo antropologico; in tal senso è stato osservato che nella tradizione continentale si è mantenuta una continuità di attenzione per i diversi aspetti della filosofia della medicina.

e morali in gioco nel momento clinico della cura. In tal modo si elude anche – almeno in parte – la possibilità di giungere ad una più viva presa di consapevolezza di esse da parte dei curanti.

7. *La beneficenza nella fiducia: la proposta di Pellegrino e Thomasma*

Una linea ulteriore di sviluppo del dibattito sull'etica medica e clinica è stata elaborata a partire da un recupero sia della riflessione propria della filosofia della medicina, sia di alcune riflessioni tradizionali sulla moralità, ad esempio quelle che rivalutavano il concetto del bene e le virtù. Queste ultime riflessioni interessano l'ambito medico-clinico dal momento che l'attenzione in esse viene centrata prevalentemente sulla realtà clinica intesa come rapporto interpersonale, sulla relazione di cura nella sua evoluzione e sul coinvolgimento della persona nella sua condizione di essere umano.

I due autori che più hanno approfondito tale approccio sono Edmund D. Pellegrino e David T. Thomasma: essi, lavorando talora singolarmente, talora assieme, hanno proposto un modello che viene definito della «beneficenza nella fiducia».⁴¹

Pellegrino e Thomasma riconoscono la centralità del concetto di «beneficenza» nella pratica medica, vero e proprio principio tradizionale, di derivazione ippocratica: consapevoli del mutamento subito dalla medicina contemporanea, tentano una reintegrazione e una reinterpretazione di questo principio nel nuovo contesto, anche in considerazione dell'atteggiamento di rispetto e promozione dell'autonomia decisionale del paziente e di tutela dei suoi diritti, sviluppatosi in particolare negli ultimi decenni. Tra i due termini – o principi – della beneficenza e dell'autonomia non si dà conflitto, a detta degli autori: il conflitto si evidenzia soltanto se si effettuano una lettura paternalistica dell'esercizio della medicina o un'interpretazione univoca del nuovo principio dell'autonomia. Per risolvere il conflitto derivante dall'opposizione dei modelli dell'au-

⁴¹ Cfr. E.D. PELLEGRINO - D.C. THOMASMA, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Milano 1992. Si vedano anche E.D. PELLEGRINO - D.C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*, New York 1981; E.D. PELLEGRINO - D.C. THOMASMA, *The Virtues in Medical Practice*, New York 1993.

tonomia e del paternalismo esistono diverse vie: una è quella di un recupero dei diversi modi di intendere la medicina.

Gli autori individuano perciò quattro modi secondo cui la relazione di cura può strutturarsi: un primo è quello commerciale, entro cui la cura è intesa come prodotto e gli obblighi dei curanti sono quelli dell'abilità e dell'impegno; un secondo è quello contrattuale: in esso la cura si coniuga nei termini dell'assistenza e gli obblighi sono di fornire un'assistenza specifica; il terzo modo è quello dell'alleanza, nel quale la cura è letta come obbligo e porta il professionista ad operare con una sorta di dedizione assoluta alla vita; in un quarto senso la cura è fatta coincidere con la prevenzione e quindi essa si esplica nella scelta di uno stile di vita.

Questi quattro modelli presentano ciascuno dei limiti che, a detta degli autori, non permetterebbero di mettere in atto il rapporto secondo le sue migliori potenzialità: in ciascuno di essi, infatti, vi sono dei precisi presupposti di tipo antropologico, che dicono del modo di intendere la salute, la vita, la malattia, l'essere umano. Ad esempio nel modello dell'alleanza, l'interpretazione e l'identificazione della salute come virtù può essere fonte di pesanti fraintendimenti, dal momento che la malattia potrebbe essere ad esempio associata al vizio in termini morali e, almeno potenzialmente, alla colpa.

Un quinto modello, che bene illustra la relazione di cura, è quello fiduciario, che fa perno sulla nozione del patto di fiducia e sulle dinamiche etiche di riferimento a finalità e a valori comuni che si instaurano tra il curante e il curato.

È il modello fiduciario quello che secondo i due autori meglio si addice all'ambito della medicina, intesa come professione caratterizzata da un tratto marcatamente umanistico. Il riconoscimento della presenza di giudizi di valore impliciti sia nella formulazione di una diagnosi che nella proposta di una terapia pone in evidenza la componente etica presente in medicina: essa si caratterizza come una pratica che inevitabilmente comporta principî etici e che si struttura in base a dei valori. Inoltre finalità primaria della medicina è la beneficenza, che si esprime nei termini dell'agire per il bene del paziente. L'insieme di queste caratteristiche rende la medicina un'impresa in sé etica: essa risponde ad un bisogno e ad una richiesta di aiuto da parte di un uomo che è in una situazione di vulnerabilità e di sofferenza, perciò l'attenzione deve essere rivolta innanzitutto a lui nella sua condizione esistenziale di paziente.

Ma cosa significa «agire per il bene del paziente»? La difficoltà oggi sembra proprio risiedere nella definizione di cosa significhi tale bene e di come lo si possa determinare: la maggior parte delle proposte di etica si strutturano infatti come tentativo di rispondere a tale quesito, individuando dei parametri che valgano oggettivamente ed universalmente nel determinare il bene. Gli autori cercano di risolvere la questione distinguendo quattro accezioni del termine *bene*, riferito al paziente, delle quali si deve tener conto in medicina, all'atto delle scelte: quello che rappresenta il momento più alto, cui tendere, è il «bene supremo per il paziente», una sorta di «bene ultimo», che funge da finalità ultima dello scegliere e dell'agire; c'è il «bene del suo essere persona», ossia la sua capacità di decisione libera e consapevole; vi è il «bene particolare», valido in un certo momento del suo vivere; ed infine vi è il «bene biomedico», ossia quel bene o beneficio che si può ragionevolmente attendere ed ottenere attraverso l'intervento medico su di una certa malattia.⁴² Tali diversi significati di bene sono compresenti, non sempre necessariamente distinti, nelle decisioni che si assumono, in particolare in quelle cliniche.

Nella proposta di Pellegrino e Thomasma la cura è intesa come un bene negoziato tra due persone: il professionista sanitario è tenuto alla beneficenza verso il suo paziente, ma tale beneficenza si sviluppa appieno solo entro un rapporto di tipo fiduciario. In questo rapporto il medico risponde al bisogno di guarire del paziente e agisce insieme a lui e in suo favore, considerando i valori stessi del paziente; l'obbligo che spetta al professionista sanitario è quindi quello dell'agire: la beneficenza è intesa qui nel suo senso letterale, come il fare attivamente il bene. La salute rappresenta un valore e in particolare è definita come bene relazionale, verso il quale concorrono le intenzioni e le azioni sia del paziente sia del medico. Essa non è però un valore in termini assoluti, dal momento che non coincide necessariamente con il bene ultimo, ma va a sua volta ricompresa e interpretata per ciascuna specifica situazione, in base alle diverse concezioni del bene del paziente.

Il tipo di rapporto che si stabilisce tra medico e paziente definisce almeno in parte sia quel che si deve fare, sia le qualità di carattere che le persone coinvolte dovrebbero avere o sviluppare,

⁴² Questa ricostruzione dei significati del bene viene presentata dagli autori come uno schema metaetico che permette di fissare in situazioni conflittuali delle priorità, in base a precisi criteri filosofici.

nei termini di attitudini, di disposizioni abituali, o, secondo la terminologia morale tradizionale, di virtù: è anche su questo livello che emerge l'influsso della cosiddetta etica delle virtù – la ripresa aristotelica e neoaristotelica del concetto di virtù – nella riflessione di Pellegrino e Thomasma. Se dovere tradizionale del medico è quello di operare nell'interesse dei propri pazienti ed in particolare nell'ottica di promuoverne il bene, vanno riconosciuti analogamente gli obblighi che anche il paziente ha verso il medico, definibili come la «responsabilità del buon paziente»: il rapporto infatti si costruisce a due e si caratterizza quindi come una dinamica interpersonale. Le virtù del medico sono la benevolenza, il rispetto dei desideri del paziente, il dire la verità e mantenere le promesse, la capacità di formulare un giudizio ponderato sulla proporzionalità tra intervento e conseguenze previste e la dedizione al mantenimento della vita; quelle richieste al paziente sono ad esempio la sincerità, l'onestà, la giustizia, la tolleranza ed infine la fiducia.

8. *L'etica clinica come ermeneutica medica*

Secondo i due autori, nel rapporto di cura si presentano situazioni e casi conflittuali che possono essere affrontati attraverso gli strumenti e i contenuti forniti dall'etica. È importante però evitare alcuni elementi presenti nelle teorie etiche: il formalismo, dal momento che la situazione clinica non può essere colta a prescindere dalle circostanze che la caratterizzano, l'assolutismo, poiché bisogna assumere l'incertezza intrinseca all'ambito clinico rispetto alle conseguenze delle decisioni, e l'atemporalità, poiché i casi si collocano in una prospettiva temporale a breve termine.⁴³

L'etica clinica rappresenta in tal senso un tentativo di conciliare il difficile rapporto tra teoria e prassi, proprio perché un'etica che voglia essere pertinente per affrontare adeguatamente la realtà medico-clinica va ricondotta alla sua fisionomia di disciplina che si colloca tra i due livelli, quello teorico e quello pratico, e che attinge ad entrambi.

A partire dal riconoscimento della natura della medicina come relazione tra il professionista sanitario e il paziente, le decisioni

⁴³ G.C. GRABER - D.C. THOMASMA, *Theory and Practice in Medical Ethics*, New York 1989, pp. 183-185.

medico-cliniche risultano inevitabilmente segnate e influenzate dalla natura di questa relazione e dai valori ad essa inerenti.⁴⁴

L'etica clinica si definisce così, a detta di Pellegrino e Thomasma, come una forma di ermeneutica medica e si profila come un metodo che, in analogia con il giudizio ermeneutico, permette l'interpretazione dell'insieme delle circostanze che concorrono a definire un caso e una precisa situazione. Essa si struttura facendo riferimento alle tre dimensioni delle virtù e delle disposizioni virtuose, per quanto riguarda i comportamenti e le attitudini, ad una classificazione dei valori, che sappia tener conto del particolare contesto clinico interessato e che sia in grado di evidenziare la maggior rilevanza di alcuni valori piuttosto che di altri per un singolo caso, ed infine alle teorie e ai principî, che rappresentano il quadro teorico e riflessivo attraverso cui fissare i parametri di condotta e da cui derivare le prescrizioni-guida.

Un'interpretazione si qualifica come ermeneutica quando essa riguarda «una problematica storica, ossia una intensa realizzazione della storicità o della condizionatezza di una certa azione umana o di un essere umano»: ⁴⁵ nell'ermeneutica, afferma Thomasma, si attua lo sforzo di far compenetrare, superando le distanze e i confini che li caratterizzano, colui che interpreta e ciò che viene interpretato, connettendoli nella condizione storica, quindi situata e temporale, della loro esistenza.

L'etica clinica sarebbe un ramo della medicina, in particolare quello che rappresenta l'orientamento ai valori nell'atto del giudizio clinico, e la sua dimensione ermeneutica sarebbe correlata al fatto che la relazione tra medico e paziente necessita di molteplici momenti interpretativi. In particolare, Thomasma ritiene che «l'esperienza clinica con i diversi modi di porsi dei pazienti di fronte alla malattia sia una finestra sul più vasto ed esistenziale dominio strutturale che il medico e il paziente devono condividere». ⁴⁶

Il contesto si configura come il primo elemento che condiziona il caso e che deve quindi essere preso in considerazione, dal momento che ogni situazione risente della particolarità del contesto clinico e

⁴⁴ Cfr. G.C. GRABER - D.C. THOMASMA, *Theory and Practice*, in particolare il capitolo conclusivo, «Towards a Unitary Theory in Clinical Ethics», pp. 173-208.

⁴⁵ Cfr. D.C. THOMASMA, *Clinical Ethics as Medical Hermeneutics*, in «Theoretical Medicine», 15 (1994), pp. 93-111.

⁴⁶ D.C. THOMASMA, *Clinical Bioethics in a Postmodern Age?*, in C. VIAFORA (ed), *Clinical Bioethics*.

medico: diverso è il caso e differenti possono essere le conseguenze a seconda che ci si muova in un contesto ospedaliero piuttosto che nella medicina di famiglia o, ancora, che il reparto nel quale si opera sia una pediatria o una medicina interna. Le condizioni esistenziali del singolo paziente rappresentano l'altro elemento di cui si deve tener conto nell'analisi ermeneutica: diversi fattori concorrono a determinare la capacità di scegliere di un paziente, ad esempio l'età, la natura della sua malattia, i valori che lui o lei ritengono tali, i valori del medico che deve effettuare la scelta e ancora l'ambito clinico particolare. I valori cui si può fare riferimento sono assai diversi e soprattutto non sono definibili in maniera univoca o una volta per tutte: medico e paziente possono identificarli, discuterli e negoziare in proposito, al fine di poter definire qual è il bene particolare di quel particolare paziente. In tale sforzo ermeneutico bisogna evitare l'imposizione dei valori, perciò diviene essenziale la capacità di costruire con coloro che vi sono coinvolti un consenso rispetto alle decisioni da intraprendere e alle scelte da compiere. I giudizi che vengono formulati in questo contesto hanno le caratteristiche della prudenzialità, dato che essi vengono espressi valutando caso per caso e paziente per paziente.⁴⁷

Gli autori osservano che è possibile derivare da queste valutazioni di etica clinica regole, intese nei termini di raccomandazioni o assiomi. Le raccomandazioni che si formulano nell'etica clinica sono basate su tre condizioni formali fondamentali: l'esistenza di una comunanza di valori, il riferimento a dei casi analoghi e l'obiettivo ultimo di rispettare un insieme di valori normativi entro un caso specifico.

Un caso riportato da Thomasma⁴⁸ – anche al fine di esemplificare cosa significhi tener conto delle condizioni del contesto, nell'intero e nelle sue parti individuali – è quello di una ragazza di 14 anni che rifiuta una trasfusione di sangue per motivi religiosi: lei e la madre, infatti, si sono convertite da poco tempo alla fede dei testimoni di Geova. La ragazza, che è in una fase iniziale di

⁴⁷ Proprio in considerazione della complessità della realtà morale che si incontra nella clinica, Thomasma e Graber hanno formulato un «criterio funzionale» per il procedimento di decisione. Esso si esprime nella formula seguente: «Certe condizioni (C) sono presenti in questo caso in modo tale che esiste la probabilità (x) che il valore (V) A può essere giudicato più importante di B dagli interpreti (I) poiché il principio (P) p' può essere applicato al caso in maniera più propria di p». Cfr. G.C. GRABER - D.C. THOMASMA, *Theory and Practice*, p. 194.

⁴⁸ D.C. THOMASMA, *Clinical Ethics*, p. 102.

remissione da un tumore, soffre di una forma di polmonite associata ad un'altra infezione. A causa della grave compromissione del suo sistema immunitario e della scarsità di globuli bianchi, senza trasfusione lei morirebbe. Lei non vuole morire, ma allo stesso tempo non vuole mancare nella fedeltà ai propri principî religiosi. La ragione di questa recente conversione è la fede del terzo marito della madre, che peraltro ha cambiato religione ad ogni matrimonio e che ha una storia di instabilità. A detta di Thomasma, ad un primo sguardo un eticista clinico potrebbe suggerire che in base a validi argomenti al pediatra sono conferiti la facoltà e il dovere di proteggere la vita di questi bambini; inoltre, anche da un punto di vista legale, in certi stati degli USA i medici hanno a disposizione 48 ore di tempo per gestire il caso proteggendo il bambino e nel frattempo essi chiedono l'autorizzazione giudiziaria al potere decisionale di cura a nome del bambino stesso. Ad uno sguardo e ad una comprensione più attenti e approfonditi, però, si devono prendere in considerazione le caratteristiche particolari e uniche di questa situazione: la consapevolezza della lotta coraggiosa della ragazza contro il tumore, la sua maturità al di là dell'età, la forza delle sue convinzioni religiose, i legami d'amore tra madre e figlia ed il loro senso di appartenenza ad una comunità religiosa. Se si procede alla trasfusione tutti questi valori vengono violati e comunque non è detto che essa abbia successo. In tale situazione la decisione potrà essere presa solo tenendo conto di tutti questi fattori. Ecco cosa può significare accostare un caso mettendo in atto un contestualismo che permetta di esercitare un'analisi compassionevole, per come esso è suggerito e concepito dagli autori.

Alcune regole derivate dall'etica clinica condotta in tal modo sono ad esempio quella della decisione sostitutiva, quella del privilegio terapeutico, la norma delle indicazioni mediche e il principio di vulnerabilità, la regola contro gli entusiasmi degli altri e quelle per la protezione dal danno.⁴⁹ I riferimenti etici normativi non vengono così persi né vanificati dall'approccio ermeneutico, a detta degli autori, approccio accusato spesso di essere scarsamente capace di produrre indicazioni sul piano regolativo e normativo.

⁴⁹ *Ibidem*, pp. 104-109.

9. Una griglia di etica clinica per l'analisi dei casi

Sono molteplici le fasi e i passi attraverso cui si compie un'analisi approfondita di un caso clinico, da un punto di vista etico. Pellegrino li sintetizza nei dieci punti seguenti:

1. Quali sono i fatti clinici?
2. Quali opzioni vengono considerate?
3. Qual è lo status morale di ogni opzione?
 - a. Qual è il miglior interesse del paziente?
 - b. Quali questioni morali solleva ogni opzione?
4. Quale opzione ritieni essere giusta e buona?
 - a. Danne le tue ragioni etiche
 - b. Identifica il principio, la regola, la virtù o un'altra giustificazione
5. C'è conflitto tra coloro che devono decidere?
 - a. Chi sono le parti coinvolte nel conflitto?
 - b. Qual è la base morale che causa tale conflitto?
 - c. Come risolvi il conflitto
 - in termini etici
 - in termini di relazioni umane
6. Scegli un corso d'azione, tra quelli possibili, basato sul tuo ragionamento etico
7. Esamina le obiezioni alla tua scelta d'azione
8. Puoi controbattere alle obiezioni?
9. Conferma, modifica o cambia la tua prima scelta (punto 6)
10. Realizza la tua decisione

Finalità del *work-up* di etica clinica, adottato prevalentemente quando viene richiesta una consulenza etica, è di facilitare la discussione di una situazione o di un caso e di evidenziarne e chiarirne i tratti etici salienti.

I casi vengono poi – a loro volta – utilizzati come base di discussione e confronto negli *Ethics Ground Rounds*, gli incontri di formazione all'etica proposti agli studenti di medicina e aperti alla partecipazione di tutto il personale sanitario interessato.

10. Riferimenti teorici

La proposta viene formulata dagli autori a partire dalla ricezione di stimoli e approcci diversi, nel tentativo di evidenziare la rilevanza delle diverse componenti morali – ad esempio le virtù, i valori, le regole, le teorie etiche – all'interno di un'etica clinica.⁵⁰

Di recente Thomasma ha formulato la propria posizione come un tentativo di fondare l'etica clinica facendo riferimento ad alcune strutture *a priori* che sono implicate nel momento della cura.⁵¹ Il primo *a priori* è di tipo esistenziale e fa riferimento al concetto di *finitude*, ossia alla percezione del limite e della finitudine che caratterizza il nostro essere umani. Il secondo *a priori* è di tipo esperienziale: esso rimanda all'esperienza che le persone fanno nella clinica, all'interno di culture e contesti diversi, che determinano quindi l'idea di malattia, salute, morte e guarigione. La relazione di cura rappresenta il terzo *a priori*, che è appunto di tipo relazionale e che si configura come una delle relazioni costitutive dell'esistenza umana, dal momento che la si ritrova in tutte le diverse culture.⁵² Proprio mediante l'esperienza in campo medico-sanitario e la saggezza qui esercitata, si possono evidenziare dei beni, da lui definiti come «beni sostantivi», che possono a loro volta rappresentare le basi per stabilire un consenso o per trarre indicazioni normative significative.

Da un punto di vista teorico l'impostazione della riflessione di Thomasma è debitrice nei confronti di una prospettiva aristotelico-tomista e può essere in parte ricondotta al neo-aristotelismo che ha preso piede nel dibattito etico e nella cosiddetta etica pratica contemporanei; la sua proposta fa riferimento anche all'etica della virtù per come è stata tematizzata dal filosofo Alasdair MacIntyre.⁵³ Thomasma valorizza la dimensione della *phronesis*, della

⁵⁰ È interessante in merito la lettura e l'interpretazione che della funzione di questi diversi elementi morali dà Viafora: a suo modo di vedere nel sistema argomentativo della bioetica clinica i principi rivestono una funzione regolativa, i valori una funzione interpretativa; alle virtù viene riconosciuta una funzione appropriativa ed infine alle norme una funzione operativa. Cfr. C. VIAFORA, *L'argomentazione bioetica*, in C. VIAFORA (ed), *Comitati etici*, pp. 135-200.

⁵¹ D. THOMASMA, *Clinical Bioethics in a Postmodern Age*.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ Cfr. A. MACINTYRE, *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Feltrinelli, Milano 1988. Nel suo corposo lavoro di ricostruzione della storia delle virtù, del dibattito morale attorno ad esse e di tentata ripresa di un modello etico incentrato sulla virtù, MacIntyre

saggezza pratica, che sembra essere la virtù attraverso la quale affrontare e gestire la complessità dei casi clinici e la difficoltà di una decisione etica. Riprendendo una definizione tomista, l'autore rileva che per acquisire la virtù della prudenza sono necessarie la «disposizione» e la «correttezza del desiderio», che si esplicano su tre livelli diversi ma complementari: come disposizione psicologica a livello caratteriale, come regola ed esempio nella comunità a livello di condotta e di prassi ed infine come riflessione sulle scelte di vita e sulle decisioni da intraprendere, per quanto riguarda la dimensione della teoria e della rielaborazione di un vissuto. Questo percorso si caratterizza così come un processo di conoscenza pratica, tipica dell'ambito morale, «affidata all'esperienza ed esposta allo sviluppo».⁵⁴

La riflessione di Pellegrino si è strutturata in particolare come una filosofia della medicina:⁵⁵ egli ha evidenziato come la pratica, le finalità, le regole e il ruolo della medicina dipendano appunto dalla filosofia della medicina cui si fa riferimento. Pellegrino ha sviluppato quindi considerazioni rispetto alla pratica clinica e alle questioni etiche in essa emergenti, sottolineando l'importanza di individuare degli strumenti d'identificazione, analisi e soluzione dei casi complessi. Al giorno d'oggi la messa in discussione del principio cardine dell'etica medica, quello di beneficenza, ha portato a rendere quest'ultimo l'oggetto di una definizione pragmatica, che risente soltanto di presupposti di tipo storico-contingente. La proposta di Pellegrino è quella di riconferire al bene del paziente la

sottolinea come quest'ultima si strutturi attraverso alcune relazioni essenziali. La virtù può essere considerata in primo luogo in relazione alle pratiche, nel qual caso essa si esplica come disposizione, in secondo luogo in relazione a ciò che rappresenta la vita buona per l'uomo, contribuendo a definire di volta in volta che cosa è questa vita buona, e infine in relazione con le circostanze e il contesto, quindi rispetto alle tradizioni sociali e storiche.

⁵⁴ D. THOMASMA, *Clinical Bioethics in a Postmodern Age*.

⁵⁵ Cfr. E.D. PELLEGRINO, *Philosophy of Medicine: Problematic and Potential*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 1 (1976), pp. 5-31. In questo testo, nel quale per la prima volta Pellegrino tematizza in maniera sistematica la questione di una filosofia della medicina, egli interpreta la medicina come un settore complesso che può essere spiegato e compreso in base allo schema aristotelico delle quattro cause: la sua causa finale è rappresentata dalla comprensione dei processi fisiologici di un essere umano che appartiene ad un contesto umano ed esiste entro un preciso *milieu* sociale, che influiscono in particolare nel determinare l'idea di salute e malattia; la sua causa efficiente è il conoscere, e in questo la medicina non differisce da altre scienze; la sua causa materiale è il corpo dell'individuo o il «corpo» politico; infine la sua causa formale, ossia quel tratto che la contraddistingue in maniera peculiare ed unica, è l'incontro clinico. L'atto medico, quindi, a detta di Pellegrino, si qualifica essenzialmente proprio come incontro clinico.

posizione centrale che esso ha sempre rivestito nella pratica medica e nella riflessione morale che la riguarda. L'etica clinica potrebbe essere così ricompresa a propria volta come una dimensione del più vasto settore della filosofia della medicina.

La riflessione di Thomasma e Pellegrino si è strutturata in tempi più recenti nei termini di una filosofia della medicina che si identifica per la sua struttura di *healing relationship*,⁵⁶ ossia di relazione di cura tra medico e paziente – nella quale l'accento è posto sulla cura e sulla relazionalità che in essa si stabilisce.

Il modello etico proposto dagli autori si situa come medio tra i due sistemi etici deduttivista, di tipo kantiano, e consequenzialista, di tipo utilitaristico. La medicina, a loro modo di vedere, si potrebbe pensare anche come un sistema basato su una teoria dei valori; a partire dal riconoscimento della capacità di scegliere e prendere decisioni, Pellegrino e Thomasma individuano una struttura di scelta: vi è innanzitutto un oggetto della scelta, ossia un bene che si percepisce come tale, quindi si dà un processo di perseguimento dei beni, rappresentato qui dalla valutazione, ed infine vi sono i beni oggetto di valutazione, ossia i valori. I valori vengono da loro letti come un modello a carattere intrinseco, estrinseco o sistemico, che rappresentano i gradi di importanza relativa attribuita a singole proprietà delle cose o alle cose stesse.⁵⁷ Nell'ambito della medicina la salute rappresenta un bene e quindi può essere interpretata come un valore: essa è un obiettivo comune a individui e società, quindi riveste un valore normativo, è un bene relazionale, dato che si costituisce come obiettivo della relazione terapeutica e in essa trova forma, ed infine suggerisce ed indica una linea di comportamento e di condotta.

Pur nella sovrabbondanza argomentativa, talora eccessiva, il modello di Pellegrino e Thomasma risulta interessante perché tenta il recupero di un fondamento non meramente procedurale per l'etica clinica: la rielaborazione del concetto di bene va letta in tale

⁵⁶ Cfr. in italiano E.D. PELLEGRINO, *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, in G. RUSSO (ed), *Bilancio di 25 anni di bioetica. Un rapporto dai pionieri*, Torino 1997. Sulla filosofia della medicina di Pellegrino cfr. D.T. THOMASMA, *Establishing the Moral the Moral Basis of Medicine: Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), pp. 245-267. Si veda inoltre E.D. PELLEGRINO - D.C. THOMASMA, *A Philosophical Basis*.

⁵⁷ Gli autori dichiarano di far qui riferimento alla teoria dei valori del filosofo tedesco Nicolai Hartmann. Cfr. E.D. PELLEGRINO - D.C. THOMASMA, *Per il bene del paziente*.

direzione e si configura come un tentativo da parte degli autori di esporre una teoria etica sostantiva in ambito biomedico.

La loro proposta, che conferisce priorità alla beneficenza sull'autonomia, è stata peraltro anche molto criticata, ad esempio dai rappresentanti del principlismo:⁵⁸ a detta di Beauchamp e Childress per valutare qual è il massimo beneficio dei pazienti si devono considerare talvolta le loro preferenze, ritornando così inevitabilmente al principio dell'autonomia, mentre in altri momenti si conferirebbe preminenza assoluta alla beneficenza. Secondo Beauchamp e Childress il dibattito riguardo alla preminenza di uno piuttosto che dell'altro principio talora è condotto erroneamente, perché si leggono i principî come fossero in contrapposizione tra loro, senza considerare che tra essi si può dare anche un rapporto di inclusione: questo si può osservare ad esempio quando, per applicare il principio di beneficenza verso un paziente, se ne considerino le preferenze, includendo così anche il principio di autonomia.

11. *Per una fondazione dei processi di decisione in etica clinica: la prospettiva di Gracia*

Diego Gracia, medico psichiatra e filosofo spagnolo, parte dalla sottolineatura dell'origine nordamericana della bioetica:⁵⁹ questo presupposto storico, a suo modo di vedere, ha fatto sì che la bioetica abbia ereditato tre caratteristiche principali del pragmatismo filosofico anglosassone, ossia l'approccio casistico, il proceduralismo e il decisionismo.⁶⁰ Per la bioetica clinica ad esempio si sono cercati dei procedimenti senza però porsi il problema della loro fondazione: l'attenzione è sempre rivolta ai procedimenti, dato che essi permettono di individuare i corsi d'azione più adeguati e di risolvere i problemi attraverso decisioni e processi concreti. Ma una procedura non può essere corretta se prescinde dalle questioni della

⁵⁸ Si veda T.L. BEAUCHAMP - J.F. CHILDRESS, *Principi*, p. 269.

⁵⁹ A partire da una critica del modello dei principi, Gracia ha attuato un interessante tentativo di approfondimento storico e teorico, elaborando la proposta di un modello che abbia un canone, sappia ponderare le circostanze del momento empirico concreto, ridefinisca i quattro principi, conferendo loro una gerarchizzazione, e profili quindi nuovamente il sistema della presa di decisione. Cfr. D. GRACIA, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Milano 1993.

⁶⁰ Cfr. D. GRACIA, *Procedimientos de decision en ética clínica*, Madrid 1991, p. 95.

fondazione, perché entrambe sono dimensioni che ne garantiscono il rigore. Pertanto Gracia ha proposto una metodologia di decisione in etica clinica che rappresenta anche un tentativo di fondazione filosofica delle procedure decisionali.

In una metodologia etica ben fondata filosoficamente, quattro sono i passi dell'analisi e dell'argomentazione. Gracia li espone nel modo seguente⁶¹:

- I. Sistema di riferimento morale (livello ontologico)
 - Premessa ontologica: l'essere umano è persona e come tale ha una dignità e non ha prezzo
 - Premessa etica: in quanto persone, tutti gli uomini sono uguali e meritano la stessa considerazione e lo stesso rispetto
- II. Schema morale (livello deontologico)
 - Livello 1: non maleficenza e giustizia
 - Livello 2: autonomia e beneficenza
- III. Esperienza morale (livello teleologico)
 - Conseguenze oggettive o di livello 1
 - Conseguenze soggettive o di livello 2
- IV. Verifica morale (livello della giustificazione)
 - Raffronta il caso con la «regola», per come viene espressa nello schema (passo II)
 - Verifica se è possibile giustificare un'«eccezione» alla regola, in questo caso concreto (passo III)
 - Confronta la decisione presa con il sistema di riferimento, per come è espresso al primo punto (passo I)
 - Prendi la decisione finale.

Nella sua metodologia Gracia parte innanzitutto dalla rilevazione e dall'esplicitazione di un sistema di riferimento morale, che rappresenta il livello ontologico, ossia quello che per lui funge da momento fondativo: in esso si va al di là di una semplice etica procedurale, che si limiterebbe a fornire delle semplici procedure, e si tenta di proporre un'etica sostantiva, che sappia far da riferimento e da fondamento attraverso la tematizzazione di alcuni precisi contenuti morali. Il sistema di riferimento morale è composto per Gracia da due premesse, la prima – quella propriamente ontolo-

⁶¹ *Ibidem*, p. 140.

gica – incentrata sul riconoscimento e l'affermazione dell'essere persona di ogni uomo e sulla dignità che in quanto tale egli possiede, la seconda – di tipo etico – attenta all'uguaglianza degli uomini e quindi alla necessità di un'identica considerazione e di un identico rispetto per ciascuno di essi.

Il secondo passo, che rappresenta il livello deontologico, permette di delineare uno schema morale, nel quale si incontrano i quattro principî classici della bioetica; sul primo livello si trovano la non-maleficenza e la giustizia, che costituiscono i cosiddetti «minimi» e definiscono la dimensione del dovere, ossia quella normativa: il principio di non-maleficenza è l'applicazione della premessa ontologica – in base a cui tutti gli uomini sono uguali e meritano la stessa considerazione e rispetto – in ordine alla vita biologica e il principio di giustizia lo è in ordine a quella sociale. Su di un secondo livello stanno autonomia e beneficenza, che raffigurano invece i «massimi», e costituiscono perciò un parametro di eccellenza o un'etica della felicità, secondo il modello etico aristotelico: l'autonomia rappresenta il diritto di ogni persona a realizzare il suo proprio e particolare ideale di perfezione o di felicità, e la beneficenza è un principio che non può essere obiettivo, dato che solo ciascun soggetto, in base al suo ideale di perfezione e felicità, può definire che cosa è benefico per lui. Se i primi due principî, di non-maleficenza e giustizia, possono essere riconosciuti come caratteristici anche del diritto, autonomia e beneficenza rappresentano propriamente la morale.

L'esperienza morale rappresenta il terzo passo ed è definita da Gracia come il tratto teleologico del processo di decisione, dal momento che essa prevede la considerazione delle conseguenze, oggettive – o di livello 1 – e soggettive – o di livello 2. L'esperienza, afferma Gracia, è sempre casistica, oltrechè personale. È nell'esperienza morale, dimensione della più vasta esperienza umana interpersonale, che la persona ha l'occasione di realizzare la propria personalità, che la obbliga ad agire moralmente.

Vi è infine la verifica morale, che funge da giustificazione morale: in essa si confronta il caso con la regola, si verifica se è possibile ammettere una giustificazione alla regola, si rapporta la decisione presa al sistema di riferimento e si assume quindi la decisione finale. Proprio nella fase di verifica si evidenziano l'importanza del contesto sociale e del momento storico nel definire la ragione morale.

La proposta metodologica riprende la teoria del filosofo spagnolo Zubiri, del quale Gracia è stato allievo, sul metodo della ragione: questo metodo per Zubiri si compone di tre momenti, ossia un sistema di riferimento, un momento di schema morale e di esperienza e una verifica; un atto o una decisione sono «giustificati» solo dopo che si è percorso l'intero processo metodico della ragione morale. Nella trasposizione di questo metodo all'ambito medico-clinico, Gracia vede la possibilità di fornire una giustificazione delle decisioni e degli atti clinici, anche da un punto di vista etico, e comunque sempre a partire da un'attenta considerazione della storia clinica.

Gracia ha inserito questa metodologia di analisi etica nello schema classico della storia clinica: nella versione da lui riformulata esso prevede la raccolta dei dati di base, la lista dei problemi, la considerazione dell'evoluzione dei problemi biologici, quindi la valutazione dei problemi etici in base alla metodologia sopra esposta e infine la decisione clinica.

Tale metodologia nell'intenzione di Gracia rappresenta inoltre un'applicazione della teoria della presa di decisione, la cosiddetta *decision making theory* – della quale il ragionamento clinico sarebbe un caso particolare – all'etica e in particolare all'etica clinica.

Nel corso degli ultimi anni, però, Gracia ha rilevato i limiti di questa sua proposta, trovando questo approccio parzialmente inadeguato: nella *decision making theory* i fatti e i valori, ossia i due elementi che permettono di giungere ad una decisione razionale, vengono accostati – a detta di Gracia – soltanto attraverso un processo di quantificazione, il che si addice ben poco ad una valutazione etica vera e propria. Egli ha quindi lavorato alla formulazione di una metodologia ulteriore: la ricerca è sì quella di un metodo, ma il problema principale sarebbe la struttura più complessiva cui si fa riferimento, entro la quale il metodo viene poi legittimamente ricollocato.

12. *Evoluzione delle riflessioni sul metodo: la deliberazione*

Anche per questa ricerca la riflessione di Gracia si è orientata ad una rilettura della deliberazione morale e del ruolo delle metodologie in etica clinica. Egli ha concentrato la propria attenzione sui metodi che possono essere adottati in etica clinica ed ha sottolineato

il fatto che si cerca un metodo per praticarlo, non semplicemente per applicarlo: questo permette di capire l'importanza delle metodologie intese come pratiche – e non come semplici procedure – delle quali si va alla ricerca in etica clinica.

La deliberazione viene riconosciuta come metodo della ragion pratica, che in una condizione di incertezza e in un contesto pluralista permette di individuare una soluzione ragionevole e prudente: essa non adotta processi di quantificazione, bensì argomenta e presenta quindi molteplici possibili interpretazioni. Con essa si passa dalla logica dilemmatica, ossia binaria, tipica di una modalità di ragionamento esclusivo, ad una logica problematica, aperta a differenti soluzioni, nella consapevolezza che in un problema morale esistono più soluzioni, quindi alternative non nette, ma più sfumate: spesso, considera Gracia, la scelta dilemmatica deriva da un'attitudine interiore, da un conflitto interiore irrisolto. La deliberazione si caratterizza perciò anche come un'attitudine, come una modalità di essere. La scelta finale, che deriva da un processo deliberativo, è aperta: attraverso una attenta lettura dei dati di una situazione, una presa di coscienza dei presupposti spesso impliciti nelle prese di posizione e nelle scelte, e in un atteggiamento di ascolto e apertura agli altri si possono trovare o costruire percorsi d'azione e soluzioni morali inizialmente imprevisi. La razionalità sottesa a questo processo è quindi di tipo ermeneutico: essa si esplica tra dialogo e deliberazione.⁶²

Ogni deliberazione si struttura come un processo decisionale, che si svolge in modo ragionevole e prudente.

Essa nell'ambito clinico si incentra su di un caso e si compone di tre passaggi:

- *l'analisi fattuale*, all'interno della quale si raccolgono i dati del caso e si cerca di avere una visione il più completa possibile della situazione, sia in senso clinico sia in senso lato;

⁶² Sulla deliberazione Gracia sta studiando e scrivendo in questo periodo, cfr. D. GRACIA, *Moral Deliberation. The Role of Methodologies in Clinical Ethics*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 4 (2001), 2, pp. 223-232. Qui si fa riferimento anche a quanto è emerso nel seminario residenziale di formazione all'etica medica organizzato dalla SIPeM (Società Italiana di Pedagogia Medica) «Il metodo della deliberazione in etica medica», tenuto da Sara Casati e Paolo Dordoni a Costagrande (Verona) nei giorni 23-25 maggio 2001, sulla scorta degli insegnamenti e delle riflessioni di Gracia. Per un'introduzione al tema si vedano anche P. DORDONI, *La deliberazione in etica clinica: logica di un percorso formativo*, in «Tutor», 1-2 (2002), pp. 44-50, e S. CASATI, *La deliberazione, riflesso e motore della rivoluzione bioetica*, *ibidem*, pp. 51-57.

- *l'analisi etica*, vera e propria, che avviene attraverso l'identificazione e l'elencazione dei problemi etici e quindi attraverso la scelta di un problema da discutere in particolare;
- *la discussione e la deliberazione*: esse si articolano in un dibattito, che permette di individuare i conflitti di azioni o di valori presenti, nonché i possibili corsi d'azione, e infine nella costruzione collegiale della decisione.

La consapevolezza che la conoscenza dei doveri e l'espressione dei giudizi in ambito morale resta problematica, dal momento che non può essere né perfetta né certa, riconduce i giudizi morali all'ambito della saggezza, della *boulesis* aristotelica, della deliberazione: in essa il giudizio è «prudente» per definizione. La deliberazione, del resto, caratterizza la cultura classica, che è il luogo d'origine e di fondazione della medicina occidentale e per questo si incontra anche nel momento clinico, nella forma del giudizio e del processo decisionale.

I riferimenti teorici di Gracia vanno non a caso alle analisi che della deliberazione ha compiuto la filosofa statunitense Martha Nussbaum,⁶³ nella sua rilettura dell'etica per come essa emerge nella filosofia e nella tragedia greche, e ad alcune riflessioni che si stanno sviluppando in merito al recupero della nozione di deliberazione in ambito bioetico:⁶⁴ da questi autori la deliberazione è stata individuata come una valida modalità attraverso cui rapportarsi alle questioni etiche più problematiche emergenti nella pratica medica contemporanea.

13. *Rilievi critici*

I tratti costitutivi della deliberazione morale riflettono in maniera significativa gli elementi fondamentali della bioetica stessa: l'adozione di una logica democratica, la formazione di un'attitudine al confronto, la necessità di sottoporre alla discussione e alla decisione collettiva le finalità che ci si propone in medicina. Per

⁶³ Cfr. M. NUSSBAUM, *The Fragility of Goodness. Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*, Cambridge 1986; trad. it. *La fragilità del bene: fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca*, Bologna 1996, in particolare il capitolo «La deliberazione non scientifica».

⁶⁴ Cfr. ad esempio A. GUTTMANN - D. THOMPSON, *Democracy and Disagreement*, Cambridge (MA) 1996.

Gracia la deliberazione e la sua utilità, oltre ad evidenziare tratti importanti della decisione morale, dicono dei mutamenti che la medicina ha subito negli ultimi decenni, in particolare il tramonto del modello paternalista e l'evoluzione in senso democratico della medicina. Anche per questa ragione egli considera la bioetica come una forma di etica che deve e non può che far riferimento ed attingere alla filosofia politica.

L'appello al metodo deliberativo rende quello di Gracia un modello molto attento alla dimensione comunitaria e al valore collettivo che le decisioni cliniche possiedono oggi. La necessità di conferire legittimità alle decisioni collettive, di indurre uno spirito attento al cosiddetto «bene comune» nelle scelte di tipo pubblico, di conciliare valori morali diversi e talora incompatibili, nonché la possibilità di correggere gli errori che inevitabilmente si compiono nelle azioni collettive, suggeriscono che la deliberazione possa essere un valido strumento per risolvere i disaccordi morali e riuscire a definire meglio le priorità comuni.⁶⁵ Il metodo della deliberazione risulta non a caso particolarmente promettente ad esempio anche rispetto alle attività dei comitati etici, nei quali si tratta appunto di valutare singole situazioni e pratiche particolari e di deliberare su di esse, a partire da posizioni, punti di vista e competenze assai diversificate e varie.

Inoltre è stato suggerito che la deliberazione come metodo e come attitudine riconosce l'esperienza etica umana come strutturalmente vincolata alla relazione intersoggettiva, intesa come reciproco riconoscimento esistenziale, possibilità di crescita e capacità di rispetto a partire dall'incontro e dall'ascolto dell'altro.⁶⁶ È questo un presupposto molto denso e significativo anche da un punto di vista antropologico.

14. *Una teoria interpretativa dell'etica clinica: la riflessione di ten Have*

Un ulteriore contributo europeo all'etica clinica è rappresentato dalle riflessioni di Henk ten Have, filosofo olandese che opera presso

⁶⁵ È questa la tesi sostenuta e argomentata da A. GUTTMANN - D. THOMPSON, *Deliberating about Bioethics*, in «Hastings Center Report», 3 (1997), pp. 38-41.

⁶⁶ Cfr. S. CASATI, *La deliberazione*.

il Centro di Etica Medica dell'Università di Nijmegen. Egli rileva la continuità tra l'attuale riflessione bioetica e le diverse tradizioni della filosofia della medicina, dal momento che entrambe sono impegnate sugli stessi temi e affrontano i medesimi problemi. L'etica clinica, in particolare, nasce a suo modo di vedere dal tentativo di ricondurre l'etica medica all'ambito della cura quotidiana: con essa si cerca di porre rimedio sia all'errore dell'etica medica contemporanea, che separa il piano della teoria da quello della prassi, sia ai limiti dell'etica applicata, che si struttura generalmente a prescindere dalla realtà e dalla particolarità della pratica medica.⁶⁷

Nella prospettiva di ten Have quattro sono i presupposti di un'etica clinica, che la distinguono dalla concezione dominante della bioetica come etica applicata: innanzitutto il riconoscimento dell'interdipendenza della dimensione tecnica e di quella normativa⁶⁸ all'interno del giudizio medico, dato che in esso si esprimono sempre dei giudizi di valore; l'assunzione di una prospettiva che si muova dall'interno, dato che ogni giudizio e ogni decisione clinica deve considerare l'aspetto etico intrinseco in ogni incontro clinico, e non proiettare su di esso dall'esterno delle considerazioni etiche che resterebbero astratte; l'adozione di un metodo induttivo, secondo la struttura della casistica classica, per cui si deve procedere attraverso un'attenta analisi delle condizioni «empiriche» di un caso e si deve esercitare una forma di ragionamento per analogia, simile a quello che si adotta nella presa di decisione in ambito clinico; infine la definizione dell'etica come «funzione riflessiva inerente alla medicina stessa».⁶⁹

Da queste premesse ten Have deduce una teoria interpretativa dell'etica clinica, che nella sua intenzione vorrebbe correggere la teoria unitaria dell'etica clinica tematizzata da Graber e Thomasma, conferendole una direzione interpretativa.⁷⁰ A suo modo di vedere, infatti, esistono degli standard morali ben precisi, definibili come

⁶⁷ Cfr. H. TEN HAVE, *The Hyperreality of Clinical Ethics: A Unitary Theory and Hermeneutics*, in «Theoretical Medicine», 15 (1994), pp. 113-131, e H. TEN HAVE, «Comitati etici ed esperienza morale. L'interrelazione tra etica e antropologia», testo scritto di una relazione tenuta presso la Fondazione Lanza (Padova).

⁶⁸ Con «dimensione normativa» ten Have sembra qui intendere la dimensione morale che è in gioco nel giudizio clinico.

⁶⁹ H. TEN HAVE, *The Hyperreality*, p. 122.

⁷⁰ Cfr. il già citato lavoro di G.C. GRABER - D.C. THOMASMA, *Theory and Practice*, pp. 173-208, che nel capitolo conclusivo presenta l'esposizione di una teoria unitaria dell'etica clinica.

«interni» alla pratica medica ed è proprio questa moralità interna alla medicina che deve essere esaminata e interpretata, a partire da una partecipazione riflessiva alle pratiche sanitarie. E per accostare e comprendere gli attuali problemi bioetici si deve sviluppare una struttura teorica più ampia di quella offerta dall'etica applicata, una teoria interpretativa appunto di tipo filosofico: tale teoria viene da lui strutturata attraverso quattro parametri caratteristici.

In primo luogo in essa è l'esperienza morale la base empirica dalla quale prende le mosse l'etica: se l'esperienza morale viene riconosciuta come la modalità con cui l'essere umano comprende sé stesso, il mondo e il rapporto tra sé e il mondo in termini morali, l'etica si caratterizza come «l'interpretazione e la spiegazione di questa primordiale comprensione».⁷¹ Nell'attività medica l'esperienza morale particolare che va considerata è quella del paziente. Ciò che noi viviamo nell'esperienza morale spesso non è chiaro e perciò ha bisogno di una delucidazione e di un'interpretazione, che permettono di riflettere sia sull'esperienza in sé, sia sulle radici morali e i presupposti della cultura particolare nella quale tale esperienza prende corpo.

In secondo luogo si deve dare spazio alla dimensione delle attitudini e delle emozioni, delle quali è intessuta e composta ogni esperienza morale, che si manifesta in un primo momento nella forma di sentimenti di indignazione, confusione o contentezza, che è compito dell'etica medica interpretare, rendendo esplicito quanto è implicitamente presente in essi. Si dovrà capire ad esempio che cosa significano e rappresentano realmente, in un caso particolare, l'esperienza della vulnerabilità e la domanda di assistenza.

Nell'interpretazione si devono poi considerare le assunzioni sociali e culturali che derivano da una comunità particolare e il ruolo che essa inevitabilmente riveste nel definire i parametri morali: ogni comprensione medica è infatti orientata sia dai sedimenti delle assunzioni culturali particolari – ad esempio la nozione della natura del mondo o del corpo –, sia dai risultati dell'evoluzione storica specifica che essa come conoscenza ha avuto.

Infine si deve ammettere uno spazio di ambiguità, irrisolta e irrisolvibile, legata alla natura sempre aperta di ogni interpretazione dell'esperienza morale che l'etica potrà fornire.

⁷¹ H. TEN HAVE, *The Hyperreality*, p. 125.

La medicina viene considerata da ten Have come un'impresa ermeneutica: l'analisi etica è quindi un settore di una più vasta teoria interpretativa della medicina. Solo a partire da un'auto-riflessione, che la medicina può compiere sulla propria fisionomia e sulle proprie caratteristiche, è possibile sviluppare un'etica clinica intesa come pratica riflessiva, anziché come semplice teoria interpretativa.

15. *Per una rivisitazione della tradizione antropologica della medicina in prospettiva comunitarista*

Le questioni morali che la medicina d'oggi incontra non possono essere affrontate adeguatamente se non si torna a considerare il piano antropologico sul quale si definisce una precisa immagine e idea di uomo, di salute, di malattia e di cura: ten Have considera la centralità del rapporto tra la dimensione antropologica e quella propriamente etica di una riflessione sulla medicina, da lui definita come una filosofia della medicina,⁷² che si è sviluppata a suo modo di vedere in fasi e tappe distinte, a partire dalla fine dell'Ottocento sino ad oggi.

In particolare dagli anni Venti del Novecento sino agli anni Sessanta, in Europa la medicina ha conosciuto una fase antropologica,⁷³ che ha permesso di scalzare alcuni presupposti del passato e di fissarne di nuovi: in primo luogo tale riflessione ha rifiutato il dualismo di mente e corpo, codificato in età moderna; ha avvertito inoltre un limite notevole nel considerarsi esclusivamente come scienza naturale e si è proposta invece come scienza della persona umana; infine essa ha voluto aprirsi ad una comprensione complessiva della malattia, legata al presupposto che il corpo dà espressione alla persona umana nella sua interezza.

I forti interessi suscitati a partire dagli anni Sessanta nell'ambito dell'etica medica hanno soppiantato questa linea di approfondimento antropologica, che peraltro ha permesso di evidenziare la dimensione morale presente nella medicina. L'etica medica trova la

⁷² Cfr. H.TEN HAVE, *The Anthropological Tradition in the Philosophy of Medicine*, in «Theoretical Medicine», 16 (1995), pp. 3-14.

⁷³ Gli autori che ten Have cita come rappresentanti di tale tradizione sono di area tedesca e olandese: F. Buytendijk, V. von Weizsäcker, V. von Gebattel, H. Plügge e P. Christian. Nella riflessione europea si segnalano comunque anche altri autori significativi: tra essi un posto di rilievo occupa certamente lo spagnolo P. Lain Entralgo.

propria definizione nell'intersezione con le discipline della bioetica e dell'etica sanitaria: essa, che comunque è distinta da entrambe, si struttura su di un triplice livello, ossia un micro-livello, che riguarda la relazione medico-paziente, un meso-livello, che interessa l'istituzione di cura dove avviene la cura del paziente, e un macro-livello, che si apre alla considerazione del sistema sanitario,⁷⁴ quindi delle diverse dimensioni politiche, giuridiche ed economiche implicate. La sua fisionomia si delinea secondo un modello che fa interagire l'aspetto teorico, tipico dell'etica applicata, con quello pratico, che si struttura invece in base alle modalità argomentative tipiche di un'etica interpretativa.

L'idea dell'autore è che, prima ancora di scegliere il nostro essere morali, noi già siamo morali perché come esseri umani sociali siamo immersi nella moralità della comunità particolare in cui viviamo. Da tale moralità ogni persona deve saper prendere una distanza critica, definendo un proprio percorso autonomo: ma per far questo si deve avere consapevolezza di essa.

A sua volta un'etica medica che voglia essere solidamente strutturata deve prendere in considerazione l'idea basilare di comunità morale e i racconti sull'identità dei soggetti considerati come esseri di comunità, o *communal beings*: per questa ragione quello di ten Have è definito come un approccio comunitarista all'etica clinica. Egli recupera infatti le concezioni sviluppate dall'istanza filosofica del comunitarismo, che si contrappone al liberalismo in una prospettiva sociale e politica.

Ten Have offre inoltre un'interessante ricostruzione, condotta anche in prospettiva storica, delle fasi evolutive di una filosofia della medicina, quella epistemologica, quella antropologica ed infine quella etica.

⁷⁴ Cfr., per un'esposizione completa della proposta di etica medica di ten Have, H. TEN HAVE - R.H.J. TER MEULEN - E. VAN LEEUWEN, *Medische ethiek*, Houten - Diegen 1998.

L'etica clinica come filosofia contestuale

«La responsabilità morale è la più personale
e la più inalienabile delle proprietà umane,
e il più prezioso dei diritti umani.»

(Z. BAUMAN, *Le sfide dell'etica*, 1996)

1. *La proposta di Cadore*

La riflessione di Bruno Cadore considera e spiega l'etica clinica come un esempio di filosofia contestuale, che a partire da un preciso contesto muove alla ricerca di un orizzonte di senso.

L'espressione «contestuale», che potrebbe far pensare ad un contestualismo o ad un situazionismo secondo l'accezione anglosassone, rimanda invece all'idea di una filosofia contestuale intesa come un'ermeneutica, che attinge all'esperienza e di essa tenta un'interpretazione. Con il termine «contestuale» si vogliono evidenziare due tratti metodologici assegnati a questa disciplina: da una parte il fatto che l'attenzione primaria viene conferita alle condizioni concrete, contestuali appunto, che sono quelle attraverso cui emerge la «capacità etica dei soggetti attori»,¹ dall'altra il rimando di ogni decisione particolare alla contestualità ed il radicamento sempre storico di un'azione e di un impegno, che in quanto tali si iscrivono e rimandano sia ad un orizzonte di senso sia ad una normatività più globali, qui in particolare quelli delle pratiche sanitarie stesse. Sono queste del resto le precondizioni delle quali si deve tener conto se si intende mettere in atto un'interpretazione dell'esperienza clinica.

Nella medicina clinica sono almeno tre i luoghi nei quali si sperimentano l'incertezza e l'eccesso di responsabilità che da essa

¹ B. CADORÉ, *A Hermeneutical Approach to Clinical Ethics*, in C. VIAFORA (ed), *Clinical Bioethics*.

deriva: il rapporto di cura, la decisione e l'azione. Al cuore di essi si incontra la dimensione etica nei suoi diversi termini, come incontro interpersonale, come fragilità umana in questione nel momento della sofferenza, come scelta compiuta o da compiere e come normatività che sempre, inevitabilmente, l'azione veicola con sé. I termini di confronto cui la pratica si rapporta sono allora la dimensione della sofferenza, la produzione di una specifica idea di salute e di sanità e la possibilità di esercitare un potere sul corpo.

L'etica clinica è intesa da Cadore sempre secondo l'accezione che ne dà Siegler, ossia come una riflessione etica condotta a partire dall'esperienza singolare dell'incontro tra la persona del paziente e il professionista sanitario;² ma anziché fermarsi alla questione che ha prodotto incertezze e perplessità per fornire ad essa soluzioni pratiche immediate, si presta attenzione e si conferisce importanza alla stessa capacità di perplessità dei soggetti coinvolti, che qui viene ad evidenza e che rimanda alla loro capacità etica, a quella che viene definita anche come la loro moralità. Intesa in tal modo, l'etica clinica non si definisce come un semplice metodo per risolvere problemi, bensì anche come un processo di analisi più approfondita per capire come si coniughi e cosa significhi questa capacità etica e per permettere che essa si dispieghi.

L'impegno dell'atto medico «manifesta una categoria antropologica fondamentale»,³ dal momento che in quest'ambito l'uomo sperimenta il proprio limite e la propria finitudine e proprio qui è chiamato a mettere in atto una competenza specifica che rappresenta anche un gesto di sollecitudine per l'altro. Un interrogativo etico in medicina porta inoltre a recuperare le modalità di vivere la socialità nelle sue diverse dimensioni, ad esempio per la scelta sulle finalità generali attribuite o da attribuire alla medicina stessa.

L'insieme di questi elementi, ossia la capacità di perplessità, l'esperienza della medicina come categoria antropologica e l'orizzonte della normatività, chiama in causa la creatività etica dei soggetti coinvolti:⁴ con essa si intende «il modo con cui l'uomo, al confronto con questioni di evidente portata etica, impegna la propria esperienza di divenire etico personale nel momento stesso

² B. CADORÉ, *L'Éthique clinique*, pp. 9-10.

³ *Ibidem*, p. 18: Cadore si rifà qui anche al filosofo Emmanuel Lévinas e alla sua riflessione sulla sofferenza.

⁴ Si fa riferimento infatti alla «risorsa etica» propria dell'uomo, che deriva dalla sua capacità etica.

in cui cerca di mettere la propria azione al servizio della socialità, manifestando così la capacità etica dell'azione stessa».⁵

L'approccio adottato è di accompagnamento degli attori coinvolti, per quanto riguarda l'obiettivo generale che ci si pone: l'intento non è infatti immediatamente decisionale, dal momento che non ci si prefigge di aiutare e sostenere un processo di presa di decisione già in atto, bensì di lavorare in maniera prospettica; consultivo, dal punto di vista dello statuto che esso riveste;⁶ narrativo, anziché principiistico o casistico, per quanto riguarda la dimensione metodologica.

Tre sono le finalità particolari di un processo di etica clinica: cogliere la posta in gioco etica di una particolare situazione, argomentare una precisa decisione e fornirsi delle modalità per assumere la responsabilità di un'azione.

Per ottenere tali finalità le attività di etica clinica si strutturano nei due momenti dell'osservazione di una pratica e della sua interpretazione a livello filosofico ed etico, a partire da una richiesta formulata da un membro dell'équipe curante.⁷

La metodologia di cui ci si avvale è quella della riconsiderazione e narrazione, condotta *a posteriori*, del caso o dei casi che sono risultati problematici,⁸ in un confronto a più voci. Attraverso la narrazione, che permette una presa di distanza dalla situazione, si evidenziano le ragioni delle decisioni, le persone e i vissuti coinvolti, i livelli di responsabilità investiti, l'orizzonte globale di riferimento e si cerca, quindi, di acquisire progressivamente un *habitus* alla decisione.⁹ Nell'ottica di Cadore è proprio questa modalità narrativa di tipo retrospettivo che permette il dispiegarsi della creatività etica dei soggetti coinvolti. La riflessione etica condotta sulla clinica conduce così da una parte a capire le ragioni di un giudizio formulato in una situazione difficile e incerta, dall'altra porta alla luce e rende ragione della normatività sempre implicita nell'azione, attuandone una valutazione critica. Questa scelta metodologica riporta inoltre

⁵ B. CADORÉ, *L'expérience bioéthique*, p. 150.

⁶ Nel senso che esso non è obbligatorio o vincolante.

⁷ È molto importante questa dimensione di spontaneità e volontarietà della richiesta di intervento su di una situazione: essa denota un desiderio o un bisogno da parte del curante di una maggiore presa di coscienza e di un approfondimento etico.

⁸ Si veda B. CADORÉ, *La méthodologie en éthique clinique*, pp. 17-43, qui p. 19.

⁹ Cadore definisce l'*habitus* come «un'attitudine, risultato di un discernimento morale o dell'assimilazione di un'educazione, che si sviluppa in maniera spontanea in un soggetto»; B. CADORÉ, *La méthodologie*, p. 35.

la riflessione e il giudizio non tanto sull'agito, quindi non ha il valore di un giudizio di valutazione sulle persone, quanto piuttosto sull'agire e l'azione, intesi come possibilità del dispiegarsi della libertà umana nella forma di un impegno.

Il metodo proposto si esplica attraverso diverse tappe e vari momenti: si parte dall'analisi della situazione, si individua come si è definita la responsabilità in quella particolare condizione, si tenta quindi una definizione degli scenari possibili di gestione della situazione, si argomenta rispetto alle possibilità individuate, evidenziando la struttura etica cui ciascun orientamento può essere ricondotto e ci si pone in una dimensione prospettica, tentando una valutazione dell'azione.

2. *Il caso della medicina fetale*

Per esemplificare le dinamiche che si sviluppano in un processo di etica clinica, Cadore racconta l'esperienza effettuata dal *Centre d'Éthique Médicale* di Lille con un'équipe di operatori di un reparto di medicina fetale.¹⁰

Questa nuova specializzazione riflette in sé i significativi mutamenti della medicina: si rende possibile infatti a partire dall'acquisizione di nuovi strumenti tecnico-scientifici di grande precisione, ha finalità diagnostica e preventiva, prima ancora che terapeutica, e viene esercitata in maniera multidisciplinare, con un intervento paraclinico sul paziente in questione, ossia il feto. La possibilità di esercitare un controllo sempre più oggettivo del feto e di attuare interventi mirati alla sua migliore sopravvivenza viene esercitata all'interno di una società che conferisce grande valore e ampio spazio, anche a livello mediatico, alla maternità e al bambino: la medicina fetale quindi si trova esposta ad una mediatizzazione forte e chi vi opera dovrà inevitabilmente rapportarsi alla modalità sociale di intendere il rapporto con la genitorialità e l'infanzia e con un ideale di salute molto alto, sempre meno tollerante verso le anomalie.

¹⁰ Si fa qui riferimento all'ampio resoconto tracciato da Cadore in CENTRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE, *Éthique clinique et médecine foetale. Rapport final*, Lille 1996; esso è confluito in parte, in forma rivisitata, in B. CADORÉ, *L'Éthique clinique*.

A partire quindi dal riconoscimento della specificità e della particolarità di questo settore, si riconoscono in essa tre caratteristiche etiche primarie: la priorità da conferire ai più vulnerabili, l'incertezza nella determinazione del bene e il problema del consenso, la cui nozione viene messa in discussione dal momento che si deve decidere a nome di qualcuno che non si può esprimere, perché ancora non è in grado di farlo.

Le poste in gioco etiche sono allora innanzitutto la definizione delle condizioni che permettono un dialogo decisionale che si rapporti adeguatamente al proprio «oggetto» e tenga conto delle sue condizioni di esistenza, in secondo luogo la gestione dell'incertezza ed infine il processo di autonomizzazione dei genitori attraverso l'accompagnamento che i curanti possono fare ad essi.

Proprio in considerazione delle finalità e delle tensioni che strutturalmente lo attraversano, il campo della medicina fetale è risultato particolarmente adatto per intraprendere un percorso di approfondimento etico, che si è strutturato in tre tappe.

In esso si sono evidenziati innanzitutto «i presupposti etici impliciti», quali possono essere l'esigenza di rigore nella pratica clinica, la coesione dialogica dell'équipe, la promozione dell'autonomia dei soggetti coinvolti, la priorità da conferire al più vulnerabile, l'orizzonte di umanità in cui la medicina si iscrive ed un atteggiamento di prudenza, che permetta di evitare gli eccessi.

In un secondo momento si è effettuato un passaggio «dall'implicito all'esplicito», rendendo espliciti i tratti etici impliciti nella pratica della medicina fetale, che vengono riconosciuti come sue priorità: la necessità di oggettivare e ridurre l'incertezza in un settore che ha natura predittiva e mette in campo un'attitudine preventiva, di favorire un'alleanza terapeutica e quindi di riconoscere la priorità della parentalità, di aiutare l'espressione dell'autonomia della coppia, sino a rimarcare la priorità del trattamento del feto, riconosciuto come il vero punto di partenza dell'intero processo decisionale, ed infine di riconoscere le priorità socio-culturali ed economiche entro cui quella precisa scelta si potrà realizzare, ad esempio l'impegno concreto che la coppia dovrà affrontare e i sostegni anche economici che si potranno ricevere.

Un terzo ed ultimo passaggio del processo ha permesso di derivare da un particolare settore e una particolare pratica «precise sollecitazioni alla medicina» e alle funzioni che essa riconosce come proprie. Questo percorso permette quindi di leggere le singole azioni

ed i singoli momenti entro la loro appartenenza ad un contesto e a delle finalità normative già delineati, quelli appunto della medicina e della sanità, ma permette anche e ulteriormente di ritornare con esperienza e voce critiche a riconsiderare e calibrare le funzioni della medicina stessa, che non sono stabilite definitivamente, ma risentono degli stimoli che dal contesto possono provenire. Ecco quindi che il processo si snoda attraverso un movimento continuo di andata e ritorno, dal contestuale particolare all'universale generale, in un'influenza ed un riferimento reciproci.

Attraverso l'analisi e la considerazione delle difficoltà incontrate nella clinica, emerge via via il profilo della medicina attuale. Il campo della biomedicina risulta assumere sempre più una fisionomia che, pur fondandosi su ed inverandosi nel rapporto interpersonale *soignant-soignée*, investe oggi inevitabilmente una dimensione più vasta: i concetti di salute, malattia, corpo, benessere, sofferenza e morte diventano un vero e proprio «affare politico»,¹¹ perchè essi sono oggetto di dibattito nella comunità e suo patrimonio comune e perchè vengono mediati attraverso la dimensione organizzativa dell'istituzione ospedaliera. Per la funzione che le attività di etica vanno assumendo, Cadore afferma che esse riflettono un'evoluzione ulteriore della biomedicina contemporanea, la quale non si potrà dare a prescindere dalla considerazione della componente valoriale in essa inevitabilmente coinvolta.

L'etica clinica si struttura quindi su di un triplice asse,¹² quello dell'etica, quello della clinica e quello della formazione, interpretabili ciascuno secondo le due dimensioni di un sapere teorico e di un sapere pratico. Una riflessione condotta a partire dalla clinica permette infatti di coglierne le caratteristiche, di mutamento radicale che essa sta subendo, sia a livello epistemologico, sia a livello applicativo e pratico, con le conseguenti difficoltà che ne derivano, e di evidenziare la componente etica cui essa oggi inevitabilmente rimanda, anche per la nuova fisionomia che va acquisendo.

L'etica a sua volta viene riconosciuta e chiamata in causa nella sua duplice componente, riflessiva e pratica: sul lungo periodo queste attività permettono un percorso di formazione del gruppo dei curanti coinvolti e rappresentano quindi una risorsa ulteriore che aiuta da una parte ad apprendere la modalità del dibattito e dall'altra a

¹¹ B. CADORÉ, *L'éthique clinique*, p. 16.

¹² Cfr. P. BOITTE, *La pratique clinique*, pp. 3-16, qui p. 12.

rapportarsi alla dimensione organizzativa rappresentata dall'ospedale entro cui si trovano ad operare ed agire. Si evidenzia così la dimensione pedagogica dell'etica clinica, che permette di parlare di una vera e propria «pedagogia della responsabilità», sviluppata attraverso la presa di coscienza delle dinamiche di responsabilità che sono in gioco in quest'ambito.

L'etica clinica, in quanto processo di ricerca e di formazione, diviene per questo il «luogo di pedagogia dell'etica»,¹³ che significa poi il luogo ove si evidenzia, si sperimenta e si impara a vivere la dimensione della scelta e della libertà umana, proprio perché la si porta esplicitamente a coscienza.

3. *La metodologia narrativa*

La metodologia che permette di abbracciare i tre assi – clinico, etico, pedagogico – è quella della narrazione, che trova le proprie ragioni *in primis* nella pratica medica stessa e nella sua osservazione.

Su di un primo livello nel processo clinico la narrazione si incontra nel racconto della sofferenza che il paziente compie, racconto che dice di una crisi e apre sulla sua storia e sulla costruzione – in essa – della propria identità di persona.

Una seconda ragione è rappresentata dall'esperienza che i curanti fanno di una divaricazione e distanza forti tra la dimensione della competenza professionale loro richiesta e la dimensione del loro coinvolgimento in quanto persone, in quanto soggetti agenti in una certa situazione, dimensione che sembra spesso essere tralasciata o sottovalutata: questa scissione nelle professioni di cura tra la dimensione tecnica e quella umana porta a percepire sempre più di frequente oggi un sentimento di insoddisfazione, definito talora addirittura come «sofferenza» dai curanti. Per ricongiungere queste diverse dimensioni si cercano varie metodologie, ad esempio le attività dei comitati etici o ancora quelle dei cosiddetti «gruppi di parola»,¹⁴ che si vanno infatti diffondendo sempre di più; esse però,

¹³ Cfr. B. CADORÉ, *L'expérience bioéthique*, p. 9 e p. 184.

¹⁴ Con «gruppo di parola», in francese *groupe de parole*, si intende la prassi di incontro e scambio sulle attività tra i membri di un'équipe: essa mette in atto una dinamica di confronto tra i curanti ed è orientata a fornire loro un supporto psicologico.

nella prospettiva di Cadoré, sembrano toccare solo marginalmente il punto focale della questione e quindi alla lunga non la possono risolvere: le attività di etica clinica svolte secondo una pratica narrativa sembrano profilarsi come un buon metodo per sciogliere questa difficoltà, perché permettono la presa di coscienza in prima persona da parte dei curanti dell'essere soggetti agenti, riportano quindi ad unità le diverse dimensioni del soggetto e permettono alla lunga anche la strutturazione dell'identità personale.

Vi è inoltre una terza ragione a favore della scelta di questo metodo, rinvenibile nella dimensione istituzionale che la cura possiede nella società contemporanea: i curanti hanno una precisa responsabilità verso l'istituzione, sulla quale però avvertono di non avere sempre la possibilità di incidere e intervenire attivamente a propria volta. La pratica di una narrazione sviluppa nel tempo una modalità non individualistica di operare e un'attitudine allo scambio all'interno dell'équipe, crea una coesione dialogica e permette l'assunzione della responsabilità collettiva, favorendo così la possibilità di intervento e interazione significativi con l'istituzione. Questo percorso favorisce anche lo sviluppo di un'interconnessione e di una responsabilità collettiva.

4. *L'esperienza bioetica della responsabilità*

Il modello di etica clinica delineato da Cadoré si colloca all'interno di una sua più ampia e approfondita riflessione sulla bioetica stessa, che la delinea come luogo di manifestazione e di esperienza della responsabilità, riconoscibile a sua volta come espressione peculiare dell'esperienza etica. La sua trattazione si sviluppa attraverso un'attenta fenomenologia della pratica biomedica contemporanea, che permette il reperimento delle questioni portanti e dei limiti iscritti in essa: a partire da una valutazione critica di queste possibilità e delle provocazioni che da esse giungono, si cerca in positivo di costruire una proposta che promuova nei suoi diversi livelli la dimensione etica che risulta essere qui in gioco.

La bioetica, letta non tanto come una disciplina accademica in senso classico, quanto piuttosto come ambito di riflessione interdisciplinare, globale, sistemico e pluralista, viene definita come «un metodo di ricerca interdisciplinare messo in atto con la finalità di condurre una riflessione etica e di costruire un sapere teorico-

pratico sulle questioni poste all'uomo e alle società dai progressi della biomedicina»¹⁵ e ancora come «un ambito interdisciplinare di delucidazione critica della portata e dei limiti delle innovazioni biomediche, con la finalità di aprire ai soggetti uno spazio di creatività etica riguardante il rapporto umano, individuale e sociale, rispetto alla malattia e alla salute»;¹⁶ una particolare attenzione viene dunque conferita al significato che le pratiche della biomedicina rivestono per l'esperienza personale di capacità etica.

Cadoré evidenzia il fatto che la proposta¹⁷ di attingere solo alle teorie morali più classiche, di tipo normativo, ad esempio a utilitarismo e deontologismo, può condurre ad uno scarso rigore argomentativo rispetto all'orientamento concreto da conferire ad un'azione, nonché ad un facile relativismo, e pur riconoscendo la funzione essenziale di riferimento pragmatico che nella bioetica i principi rivestono, egli rileva che proprio in questo eccessivo pragmatismo essi incontrano anche il loro limite; inoltre in quest'ottica il campo concettuale della bioetica viene per lo più ricondotto e ridotto alle due sole nozioni di «persona umana» e di «salute». Si dovranno invece integrare le riflessioni morali con l'apporto specifico e originale che ad esse può derivare dalle nuove questioni trattate.

Per questo si riconoscono quattro tematiche principali che attraversano la bioetica e ne delimitano il campo concettuale: l'avventura della ragione ed il suo rapporto al potere e alla violenza esercitabili sull'uomo, il confronto con la sofferenza umana, il progetto della salute e della sanità ed infine la questione della dignità del corpo umano. La «ragione biomedica», che si definisce in base ai nuovi poteri e ai rischi di violenza da essi derivabili, si può esercitare e impegnare per la promozione della dignità dell'uomo, affermata come suo diritto fondamentale, anche riconoscendo il proprio rapporto costitutivo con le tre questioni della sofferenza, vissuta come esperienza di alterazione e contraddizione profonda, della salute, intesa come oggetto e progetto della biomedicina odierna, quindi nella dimensione normativa che ad essa viene conferita, oltre che come desiderio, e della corporeità, nelle diverse rappresentazioni che se ne possono dare e nelle differenti esperienze che se ne fanno.

¹⁵ *Ibidem*, p. 22.

¹⁶ B. CADORÉ, *A Hermeneutical Approach*.

¹⁷ Cadoré fa qui riferimento alla trattazione di T.L. BEAUCHAMP, *Ethical Theory and Bioethics*, in T.L. BEAUCHAMP - W. LEROY (edd), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont (CA) 1982.

Queste tematiche rappresentano altrettante provocazioni sia per la riflessione che per la pratica. In ciascuna di esse si evidenzia la distanza tra il livello della definizione oggettiva e quello dell'esperienza soggettiva, che comporta un vissuto carico di contraddizioni per l'uomo che lo attraversa: nello spazio di questa distanza emerge la questione etica, che chiama a sua volta in causa la responsabilità, come esigenza etica dell'uomo e come esperienza particolarmente pregnante nell'odierna pratica sanitaria.

Cadoré ripercorre quindi la nozione di responsabilità, che possiede una storia e una trattazione ampie a livello religioso e giuridico, prima ancora che di essa si effettuasse l'approfondimento etico-filosofico, compiuto soprattutto nel Novecento. Essa può essere rappresentata come una relazione a tre termini, il «chi è responsabile?», ossia il soggetto responsabile, il «di che cosa si è responsabili?», ovvero il settore della responsabilità, e il «davanti o di fronte a chi si è responsabili?», che rimanda all'istanza cui si deve render conto. Filosoficamente è interpretabile su diversi livelli come manifestazione della libertà e dell'identità, soggettiva, interpersonale e collettiva, come superamento della causalità e del determinismo, e ancora come articolazione della libertà nella storia: la responsabilità può essere definita come «il concetto della ragion pratica che stabilisce la mediazione tra la libertà e l'opera»,¹⁸ dal momento che fa da tramite tra un'aspirazione e la sua concretizzazione, mantenendole in una tensione dialettica continua e reciproca.

I riferimenti teorici per quest'analisi sono da una parte la riflessione di Jonas, dall'altra quella di Lévinas: da entrambi gli autori viene evidenziata l'eccedenza di responsabilità, nel primo a partire dall'analisi delle caratteristiche della civiltà tecnologica odierna, per cui si ignorano le conseguenze dell'agire attuale sul futuro e diventa quindi indispensabile acquisire un principio e una modalità di pensare ed agire per garantire il destino presente e futuro dell'uomo,¹⁹ nel secondo in considerazione dell'appello

¹⁸ Definizione formulata da J. Artadi e riportata in B. CADORÉ, *L'expérience bioéthique*, p. 90. Prosegue Artadi: «nel rendere presente l'opera nella libertà, essa [la responsabilità] la rende reale ed efficace, benchè limitata, e le impedisce di cadere nell'utopia libertaria; assicurando la presenza della libertà nell'opera, essa esclude ogni dogmatismo e ogni assolutismo. Essa restituisce all'opera tutta la grandezza dell'uomo che si afferma nella libertà». Si veda J. ARTADI, *Responsabilité et liberté*, in C.-J. PINTO DE OLIVEIRA (ed), *Autonomie. Dimensions éthiques de la liberté*, Freiburg i.Br. - Paris 1978, pp. 176-199.

¹⁹ Cfr. H. JONAS, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, trad. it., Torino 1990.

che ciascun uomo riceve dall'incontro con il volto dell'altro, in particolare dell'altro sofferente.²⁰

Nella biomedicina contemporanea la responsabilità si manifesta attraverso alcune eccedenze, che in qualche modo mettono in crisi i principî tradizionali della bioetica, evidenziandone i limiti. Un primo eccesso della responsabilità si sperimenta nella domanda del rapporto di cura, dal momento che ci si trova a rispondere ad una sofferenza sempre singolare e soggettiva attraverso degli strumenti inevitabilmente oggettivi, in un rapporto che resta asimmetrico e che appartiene ad una dimensione socio-politica ben più ampia: questi elementi denotano l'incertezza nella determinazione della beneficenza, intesa anche come il massimo bene che si può cercare sia per il paziente, che vive in una condizione di vulnerabilità massima, sia per il professionista sanitario, che opera invece con il massimo del potere, all'interno di una dimensione socio-economica e politica che va al di là del suo immediato controllo. Un secondo eccesso della responsabilità si manifesta rispetto all'autonomia, nella dinamica del processo di decisione: ogni decisione, pur presa all'interno di una relazione a due, rimanda infatti ad un livello macrodecisionale; infine l'eccesso della responsabilità a livello collettivo e temporale investe la questione della giustizia: la responsabilità professionale di chi cura da una parte appartiene all'orizzonte della responsabilità di cui si è sempre investiti in una società in quanto suoi cittadini, dall'altra risulta oggi sempre più spesso diluita tra più figure e va quindi assunta collettivamente, trovando le modalità adatte per farlo.

5. *Verso una nuova forma della responsabilità: la creatività etica*

Proprio a partire dalla messa in discussione dei principî in considerazione degli eccessi della responsabilità, Cadore propone una prospettiva etica più ampia e diversamente argomentata, che considera le condizioni di manifestazione della responsabilità, individua la decisione medica come luogo etico privilegiato e si

²⁰ Cfr. E. LÉVINAS, *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, trad. it., Milano 1983; dello stesso autore, si vedano *Totalità e infinito: saggio sull'esteriorità*, trad. it., Milano 1994, e *La souffrance inutile*, in «Giornale di Metafisica», IV (1982), pp. 13-26.

interroga sui fondamenti da conferire alla decisione all'interno di un dibattito sempre anche collettivo.

Nel caso specifico della medicina, la responsabilità è situata in uno spazio ben preciso, quello dell'esercizio di una competenza professionale, definita dagli obiettivi di cura delle persone, dall'idea di salute che una società si è proposta e dai mezzi disponibili per realizzarla. Cinque sono allora i livelli della responsabilità degli operatori della salute: quello tecnico, che comporta una verifica e una attestazione delle competenze; quello giuridico, rappresentato dalle regole del contratto di cura (l'intento terapeutico, il consenso, la competenza, la confidenzialità e i principi generali dell'indisponibilità del corpo e dell'inviolabilità della persona); quello deontologico, che comprende le regole di condotta e che deriva da un consenso tra quei particolari professionisti e tra professionisti e società; quello morale e culturale, che rimanda alle assunzioni morali di una certa società e di una precisa cultura; e infine quello etico, che coinvolge una prospettiva personale, relazionale e politica.

La complessa articolazione che la responsabilità presenta oggi nella medicina viene destrutturata e compresa da Cadore nei suoi diversi termini attraverso l'utilizzo di una griglia teorica di analisi molto dettagliata.²¹ Essa ripercorre le tappe dell'individuazione e della presa di coscienza della responsabilità nelle diverse dimensioni coinvolte e prevede:

1. *Analisi della situazione*, individuandone gli elementi determinanti (contesto, attori, relazioni, antecedenti...), la decisione presa (oggetto determinante la decisione, attori e loro livello di coinvolgimento, tappe, modalità e conflitti del processo, conseguenze e modalità di valutazione utilizzate), la precisa domanda posta e le reazioni personali che si sono avute spontaneamente (criteri di giudizio utilizzati, esperienza di situazioni simili, insegnamento ricavato).
2. *Determinazione del campo globale della responsabilità*, individuando la responsabilità precisa che ci si è assunti e facendo, se possibile, riferimento ai tre termini che la strutturano (*chi* si è assunto la responsabilità, *di che cosa* ci si è resi responsabili, *davanti a chi* ci si è assunti tale responsabilità).

²¹ Questa griglia, ricavata dalle esperienze di etica clinica condotte dai membri del «Centre d'Éthique Médicale» di Lille, è riportata in B. CADORÉ, *L'expérience bioéthique*, pp. 122-124.

3. *Individuazione dei primi livelli della responsabilità, tecnico, giuridico e deontologico*, che fanno riferimento ai saperi e ai mezzi scientifici e tecnici disponibili, alle regole del diritto impegnate, alle regole deontologiche messe in atto.
4. *Evidenziazione della struttura morale e culturale della decisione*, sui tre livelli universale, particolare e singolare, attraverso il reperimento dei parametri morali e culturali cui gli attori hanno fatto riferimento.
5. *Poste in gioco etiche della responsabilità*, sui tre piani personale, relazionale e politico, nei termini della percezione di promozione del bene conseguita.
6. *Valutazione della decisione ed eventuali conseguenze sui diversi livelli della responsabilità*.
7. *Risposta alle questioni ricavabili dalla creatività*, nei termini dell'iscrizione della tecnica entro un orizzonte di umanità, della promozione dell'autonomia delle persone e di un apporto di giustizia.

Al cuore dell'analisi si incontra la dimensione propriamente etica della responsabilità, che ne dà la misura principale e sottolinea come la decisione biomedica, proprio perché caricata degli eccessi della responsabilità, può diventare luogo di espressione della *creatività etica* dei soggetti coinvolti.²²

Attraverso la creatività si individuano, talora si intuiscono nuovi riferimenti etici per i comportamenti. La creatività etica è strettamente legata alla creatività tecnica: se quest'ultima è lo strumento che permette all'uomo di abitare il mondo, la creatività etica viene messa in atto dall'uomo per dire, assieme ad altri, il senso di questa abitazione e per rispondere di essa. La creatività etica, situata «all'incrocio di due assi: l'asse della sollecitudine e della giustizia ... e l'asse della duplice promozione del bene singolare e del bene

²² Cadore ha approfondito il significato di questa nozione nel suo corposo lavoro di tesi di dottorato in teologia, non pubblicato, B. CADORÉ, *Créativité techno-médicale, éthique et théologie: l'exemple du diagnostic prénatal* (Thèse de doctorat en théologie présentée sous la direction de M.L. Lameau devant la Faculté de Théologie de Lille), Lille 1992: egli ha considerato in particolare la trattazione della creatività compiuta da D.W. WINNICOTT in *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris 1975. La nozione di creatività, definita dalla psicologia e dalla psicanalisi, viene da lui estesa per analogia al campo dell'etica.

comune»,²³ è posta di continuo a confronto con le normatività già esistenti, entro le quali l'azione specifica si va ad inserire. Triplice è la sua articolazione: essa riguarda il soggetto in quanto agente morale in rapporto a sé, che sviluppa progressivamente la propria libertà personale, riguarda una dimensione sociale e comunitaria, rivolta ad altri, nei termini di modalità con cui gli uomini si riferiscono insieme ad un medesimo *ethos* (essa ha quindi, inevitabilmente, un impatto politico) e denota infine l'eticità sottesa all'azione, che si qualifica essa stessa come movimento di senso.²⁴

È nell'esperienza della decisione che si dispiega la creatività. La decisione diventa quindi il banco di prova di tutto questo percorso: nell'ambito biomedico essa si realizza nella tensione che si dà tra l'intento etico iscritto nell'agire umano e la saggezza pratica che ciascuno sviluppa progressivamente, in attesa e nell'ottica di giungere a formulare delle norme precise. Cadore ripercorre qui la riflessione etica di Paul Ricoeur: l'essere umano, in quanto soggetto etico, è animato da un intento preciso, ossia dall'aspirazione a una vita buona, condotta con e per gli altri, all'interno di istituzioni giuste.²⁵

Questa aspirazione prende forma anche attraverso le obbligazioni morali: si promuovono così le tre istanze etiche dell'universalità attraverso l'autonomia, dell'umanità attraverso il rispetto e dell'uguaglianza attraverso il criterio del più sfavorito e del più vulnerabile.²⁶ La mediazione e l'applicazione delle norme e delle obbligazioni morali alle situazioni concrete viene affidata proprio ad un'attitudine di saggezza pratica.²⁷ Il processo della presa di decisione porta quindi anche ad un percorso di unificazione e di identificazione personale: il rapportarsi alla propria responsabilità conduce ad un'esperienza di impegno e ogni impegno storico è anche esperienza dell'essere persona, in una dinamica relazionale, che si struttura attraverso l'affermazione di sé nella propria coe-

²³ B. CADORÉ, *L'éthique clinique*, p. 19.

²⁴ Cadore afferma che la creatività dell'azione è tale proprio per la congiunzione in essa di una creatività tecnica e di una creatività etica.

²⁵ È questa la definizione che della prospettiva etica ha formulato P. RICOEUR, nel suo settimo studio *Sé come un altro*, pp. 263-300.

²⁶ Questo rappresenta per Ricoeur il livello propriamente morale, quello appunto della norma.

²⁷ La saggezza pratica è l'attitudine attraverso cui si cerca di inventare i comportamenti giusti, appropriati alla singolarità dei casi.

sione, l'esperienza della libertà in quanto essere agente e sofferente e l'entrata nella socialità.²⁸

Nel quadro di un'etica che risponda allo scenario attuale della medicina si possono allora ricollocare i principî della bioetica, ridefinendoli però da un punto di vista assiologico, dal momento che l'autonomia e la giustizia vanno posti sul livello dei fondamenti, mentre beneficenza e non maleficenza sono riconducibili all'ordine di principî pratici dell'azione.

Nel passaggio conclusivo della propria proposta Cadore considera la questione dei fondamenti da riconoscere alle decisioni prese, dal momento che esse sono sempre anche comunitarie e si collocano in un contesto inevitabilmente pluralista: la questione principale è quella di capire su quale livello etico si debba cercare un consenso, se su quello del fondamento dell'azione o invece su quello delle norme pratiche. La tendenza ad eludere il dibattito in merito porta a procedere in maniera settoriale, attraverso regolamentazioni successive e parziali delle singole questioni, man mano che esse emergono: il dibattito sembra così organizzarsi nella sequenza «pratiche-opinioni», secondo due modalità, l'una che passa dall'argomentazione alla pratica, rinvenibile ad esempio nelle modalità di lavoro dei comitati etici, e l'altra che muove invece dalla pratica all'argomentazione, come succede per le attività di etica clinica. L'etica della discussione, per come è stata teorizzata da Apel e Habermas, può essere utilizzata come guida per dipanare la complessa dimensione del dibattito bioetico: attraverso le diverse modalità della discussione, della negoziazione e del dialogo si può tentare di realizzare l'*agire comunicativo*, che ancora chiama in causa una dinamica di responsabilità, questa volta collettiva.

Su quest'ultimo livello vengono raccolte le provocazioni che la medicina mette in atto oggi, rispetto ad un progetto di sanità efficace, ad una considerazione e accompagnamento della sofferenza umana e ad una cura dell'uomo nel suo corpo, dal momento che il confronto con esse, nella dimensione etica e simbolica di cui sono investite, permette il dispiegarsi della capacità etica e fa sì che la conoscenza sia posta al servizio dell'umanità.

Il compito dell'etica, soprattutto in biomedicina, è quindi «l'attestazione della dignità delle persone e l'intangibilità di queste

²⁸ I riferimenti sono qui da un canto Mounier e dall'altro, ancora una volta, Ricoeur e la sua riflessione sull'identità narrativa. Si veda B. CADORÉ, *L'expérience bioéthique*, p. 153.

persone – irriducibili alle loro mere capacità razionali – nella loro fragilità, fisica, psichica o morale».²⁹

6. *Un approccio ermeneutico e personalista all'etica clinica*

Nella prospettiva di Cadoré le ipotesi che supportano un lavoro di etica clinica sono riconducibili a cinque:

- che il confronto dell'azione con gli eccessi della responsabilità permetta ai singoli di far esperienza della propria capacità etica;
- che ci sia un legame tra lo svolgersi dell'azione e il processo di identità narrativa dei soggetti e dei gruppi;
- che la funzione dell'etica clinica sia di rispettare una competenza professionale e di evitare di adottare una normatività senza averla resa esplicita;
- che l'adozione di un metodo narrativo permetta di considerare l'incertezza soggettiva nel determinare il bene;
- che dalla presa di coscienza e dall'assunzione di questa categoria di incertezza si possano delineare le funzioni della medicina oggi.

L'approccio etico qui delineato è di tipo ermeneutico e narrativo, dal momento che si crede che la ragion pratica non possa essere compresa nel suo funzionamento a prescindere da una dimensione di narratività, che richiede poi una forma di interpretazione.

Il referente teorico cui Cadoré attinge per argomentare questa proposta è Paul Ricoeur, in particolare la sua riflessione sull'azione dotata di senso, considerata alla stregua di un testo:³⁰ all'azione – quindi anche all'azione medica – possono essere applicati i criteri di leggibilità con cui l'ermeneutica affronta il testo stesso. Quattro sono questi criteri di lettura: la fissazione dell'azione, che ne permette un'oggettivazione, l'autonomizzazione dell'azione stessa dall'agente che l'ha compiuta per rapporto alle conseguenze che ne derivano, la pertinenza e l'importanza, come riferimento all'orizzonte di un lettore e alle possibili riletture e aperture che lui può trovare, e la

²⁹ *Ibidem*, p. 155.

³⁰ Cfr. B. CADORÉ, *A Hermeneutical Approach*. Il testo principale di riferimento è P. RICOEUR, *Il modello del testo: l'azione sensata considerata come un testo*, in P. RICOEUR, *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, trad. it., Milano 1989, pp. 177-203.

disponibilità dell'azione stessa alle significazioni ulteriori in quanto essa rappresenta un'opera aperta. La leggibilità dell'agire permette una distanziamento da esso, che evidenzia come e dove è chiamata in causa la responsabilità dei soggetti agenti.

La nozione di azione è stata inoltre considerata nella sua struttura e nel suo significato da Jean Ladrière, che rappresenta un secondo importante referente teorico di Cadore.³¹ Da lui Cadore ricava un'analisi approfondita e interessante:³² l'azione è definita da Ladrière come l'impresa dell'uomo nel corso della quale si sperimenta e si costruisce il senso; essa, dal momento che si elabora entro una prospettiva di senso, è a propria volta responsabile del senso, ha un ruolo di mediazione tra sistemi contrastanti e diventa il mezzo attraverso cui la persona si sperimenta come responsabile del proprio venire ad essere e della propria volontà. Per questo l'azione si caratterizza come portatrice di una precisa responsabilità e creatività. «Questa attività creativa della volontà e dell'azione ci sembra essere esattamente – afferma Cadore – il luogo dell'etica».³³

7. Per una valutazione

I molti e differenti riferimenti presenti nella proposta di etica clinica di Bruno Cadore vengono letti da taluni come un serio difetto teorico: essi infatti sembrano conferire a tale modello un carattere sincretico e sembrano quindi minarne il rigore teorico. Tale limite, però, si può spiegare con l'assunzione della complessità del fenomeno di cui ci si occupa e con il tentativo di delineare un quadro globale di questa disciplina, che sappia raccogliere in sé sia la dimensione di fondazione teorica sia quella pragmatica di accompagnamento delle pratiche. Il tentativo di Cadore si colloca, del resto, all'interno di un panorama che proprio per un eccesso

³¹ I riferimenti impliciti ma evidenti trovano le proprie radici più profonde nella filosofia di Blondel; cfr. M. BLONDEL, *L'action (1893): essai d'une critique de la vie et d'une science de la pratique*, Paris 1973³, e nella rilettura che di essa Jean Ladrière ha compiuto. Cfr. J. LADRIÈRE, *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technique aux cultures*, Paris 1977; trad. it. *I rischi della razionalità. La sfida della scienza e della tecnologia alle culture*, Torino 1978.

³² Cfr. B. CADORÉ, *Créativité techno-médicale*.

³³ *Ibidem*, p. 304.

di semplificazione e pragmatismo scade talvolta in un'assunzione poco critica di posizioni e riferimenti.

Nella riflessione di Cadore centrali risultano la responsabilità, il soggetto morale che ne è portatore ed il recupero della creatività. Una critica mossa ad essa rileva il limite di una scarsa attenzione alla dimensione normativa, limite tipico del resto dell'approccio etico ermeneutico. In realtà Cadore recupera la normatività, in quanto componente implicita della pratica medica, intendendola come il preciso assetto che la società le conferisce e le riconosce: in un primo momento si parla quindi di normatività medica e normatività sociale, ma è proprio a partire da esse che si disegna la *normatività* sempre operante nell'azione. È questa la normatività propriamente etica, nel senso di quel tratto normativo insito in ogni decisione cosciente sull'agire, dipendente dal dispiegarsi della volontà e della libertà umane. Cadore sottolinea che la singola azione, in tal modo, benché sia individuale e puntuale, non resta un momento isolato, ma viene ricollocata entro un orizzonte più ampio, definito come «l'orizzonte dell'umanità promossa».³⁴

La riflessione etica così strutturata può ben essere definita come un'etica narrativa, che si fonda su di un importante presupposto teorico: in etica si dovrebbe fare riferimento non soltanto all'individuazione di una norma, bensì anche al reperimento di un «modello etico», concetto questo piuttosto originale nel settore morale.³⁵ Un teologo contemporaneo che ha approfondito l'ipotesi di un'etica narrativa fondata su modelli afferma che

³⁴ La questione ulteriore diventa quindi quella di capire se quest'orizzonte è già completamente conosciuto e scoperto, o se invece questo disvelamento si produca attraverso le scelte di una normatività quantomeno provvisoria della ricerca del bene, nella complessità dei possibili della scelta. Cfr. B. CADORE, *La bioéthique*, p. 53.

³⁵ Il teologo tedesco Dietmar Mieth, nella sua analisi dell'etica narrativa, afferma che «l'etica narrativa non può essere alcuna etica normativa nel senso di un sistema di norme dedotte l'una dall'altra. Perciò la 'norma' entro l'etica narrativa è da portare su di un altro concetto ... il concetto del modello etico»; D. MIETH, *Narrative Ethik. Der Beitrag der Dichtung zur Konstituierung ethischer Modelle*, in D. MIETH, *Moral und Erfahrung. Beiträge zur theologisch-ethischen Hermeneutik*, Freiburg - Freiburg i.Br. - Wien, 1977, pp. 60-90, qui p. 77. Mieth considera che ad esempio T.W. Adorno intende i suoi aforismi etici come modelli e riporta una sua affermazione in merito, tratta dai *Minima moralia*: «La ricerca di un'obbligatorietà senza sistema è la ricerca ... di modelli del pensiero ... Il modello incontra lo specifico e il più che specifico senza farlo svanire nell'insieme del suo concetto superiore»; D. MIETH, *Narrative Ethik*, p. 79. Cfr. anche D. MIETH, *Il significato dell'esperienza esistenziale dell'uomo. Perorazione per una teoria del modello etico*, in «Concilium», 12 (1976), pp. 34-62.

«L'etica del modello si basa prioritariamente sull'esperienza narrativa, cioè sull'esperienza della storia formata costruttivamente, dell'arte e della vita quotidiana ... Mentre l'etica della norma è interessata primariamente al ritrovamento di norme, cioè di principi del dovere validi all'interno di norme decisive etiche date e dunque deve rimanere essenzialmente nell'etica dell'applicazione, l'etica del modello è interessata primariamente al fatto di rendere possibili comportamenti umani». ³⁶

E ancora:

«Modello e norma dovrebbero essere compresi come differenti l'uno dall'altro ma nel contempo come coordinati l'uno con l'altro. L'etica non si può risolvere in una maieutica del modello morale; non può neanche costringere l'uomo alla creatività morale *ab ovo* ... L'etica normativa non deve dunque essere eliminata attraverso la costituzione narrativa di modelli morali, ma deve essere relativizzata e integrata». ³⁷

La ricchezza della narrazione inoltre – è stato affermato – lascia aperto il percorso dell'argomentazione morale e non si chiude nella casistica, che rischia di imbrigliare in condizioni predefinite una certa situazione, anche qualora questa fosse nuova ed originale.

La riflessione elaborata da Bruno Cadoré ci pare contrassegnata da originalità e suggestioni notevoli, anche per quello che da essa si può derivare.

È molto interessante innanzitutto lo sguardo posto alla pratica medico-sanitaria odierna ed all'esperienza di malattia: in esso si percepisce una vera e propria fenomenologia della situazione. È significativa anche l'attenzione conferita alla dimensione interpersonale che è in gioco nella pratica clinica e nel contesto medico. Cadoré riesce così a tener conto dell'orizzonte antropologico e tenta una fondazione teorica della propria prospettiva: la sua attenzione è rivolta alla componente più propriamente etico-filosofica e all'orizzonte simbolico entro cui si inserisce e struttura l'esperienza umana della malattia e della cura.

Viene qui formulata una proposta etica complessiva, personale e comunitaria, non un puro modello di argomentazione etica, rilevando i tratti di normatività interna ed esterna³⁸ che si riflettono sulla prassi medica: in tale proposta etica, a partire da un'analisi della situazione ed in risposta ad essa, si evidenzia la volontà di

³⁶ D. MIETH, *Narrative Ethik*, p. 83.

³⁷ *Ibidem*, p. 84.

³⁸ Si potrebbe forse parlare qui di normatività sociale.

promuovere – dopo averli identificati e distinti – il bene individuale e quello collettivo, il rispetto della dignità personale e la giustizia. Si delinea anche una «pedagogia della responsabilità», sia a livello teorico sia attraverso il recupero della componente formativa insita in questa proposta di etica clinica.³⁹ Inoltre in questo modello l'etica viene ricompresa nella sua duplice fisionomia di riflessione esistenziale e di ricerca normativa.

8. *Da una filosofia contestuale ad un'ermeneutica della medicina*

La proposta di Cadoré può essere ricondotta legittimamente e compresa nel quadro di una vera e propria filosofia della medicina.⁴⁰ Le categorie e gli strumenti filosofici vengono posti a servizio della medicina per tentarne un'ermeneutica: a partire dalla descrizione e considerazione dello stato dell'arte, si cerca di comprenderla entro la struttura epistemologica che le è propria, di ricavarne le finalità più o meno esplicite, di farne emergere tensioni e logiche conflittuali che la caratterizzano oggi, anche attraverso il rimando alle dimensioni economica, psicologica e sociale entro cui essa si struttura.

La filosofia esercita così innanzitutto una funzione di distanziamento critico rispetto alla materia trattata. Da questo primo livello dell'analisi emergono le componenti etiche di questa disciplina: esse portano ad evidenza le dimensioni esistenziali di ogni vissuto umano.

La complessità del quadro della pratica medica odierna non permette di trovare in un'etica deduttiva la modalità adatta ad affrontare le questioni emergenti e costringe invece, laddove si voglia effettuare un'analisi rigorosa e un tentativo di ripensare criticamente una pratica, ad adottare un approccio più globale, di tipo fenomenologico ed ermeneutico, che porta infine a delineare e disegnare una filosofia della medicina.

³⁹ A favore di un approccio etico narrativo argomenta anche Diego Gracia, evidenziando inoltre l'importanza pedagogica che esso riveste e la possibilità di far emergere la creatività della persona, benché in esso resti fondamentalmente irrisolto il problema del riferimento alla dimensione universale.

⁴⁰ Si veda la linea sulla quale si era posto già Malherbe, in J.-F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina*.

La medicina può essere allora considerata sia nelle dinamiche di confronto interpersonale attraverso cui si esercita, sia nella dimensione sociale entro la quale oggi deve essere compresa, sia a livello di organizzazione e gestione ospedaliera sia al livello delle politiche sanitarie entro cui si realizza.

Una prospettiva antropologica: l'esperienza della malattia e la risposta della cura

«Ritengo primo precetto della saggezza pratica esercitata sul piano medico il riconoscimento del carattere singolare della situazione di cura e di accostamento a quella del paziente stesso. Questa singolarità implica il *carattere insostituibile di una persona all'altra* ... la diversità delle persone umane fa in modo che non è la specie che si cura, bensì ogni volta un unico esemplare del genere umano.»

(P. RICOEUR, *Les trois niveaux du jugement médical*, in «Esprit», 12, 1996)

«... anche la medicina ha i suoi misteri. Qui sta il fascino. Ci occupiamo di persone vive, non di oggetti inanimati.»

(A.B. YEHOSHUA, *Ritorno dall'India*, trad. it., Torino 1997)

L'etica clinica aiuta ad evidenziare la complessità e l'articolazione delle dimensioni morali presenti nella pratica della cura.

Se una prospettiva etica di tipo principiista appare ancora troppo astratta e teorica in quest'ambito, un approccio situazionista o comportamentista, che si limiti a considerare la singola situazione e la singola azione, senza prestare attenzione all'orizzonte entro cui quest'ultima si inserisce, rischia di perdere a propria volta di vista ulteriori livelli e componenti basilari delle dinamiche etiche.

Sembra più significativo cercare un approccio etico che sappia muoversi tra questi diversi piani, quello dei principî di riferimento e quello delle singole situazioni, risalendo al nucleo dell'agire morale, ossia alla dimensione della libertà. Quest'ultima, riconosciuta e considerata come il tratto morale per antonomasia, viene coinvolta e chiamata in causa in ogni autentico processo morale: una forma che essa assume nell'agire – in particolare in un contesto relazionale

qual è quello della cura – è anche quella della responsabilità morale del soggetto agente.¹ Si tratta qui di una responsabilità che viene messa in causa e che viene vissuta proprio a partire dall'incontro di cura e dalla dinamica interpersonale nei quali la cura si struttura come atto e come processo: la centralità della responsabilità e del soggetto morale è legata proprio alla dinamica di relazione entro cui la realtà della cura prende corpo ed è motivata da essa.

Ad un approccio che ripercorre la struttura del ragionamento morale rivalutando la dimensione della soggettività e della responsabilità può essere accostata allora una fenomenologia della situazione di cura e in particolare della malattia: essa risulta importante per comprendere la realtà medico-clinica e apre le porte ad una prospettiva antropologica.²

1. *Una fenomenologia della malattia*

La malattia, rispetto alla quale la medicina interviene, si caratterizza come momento di crisi per la persona. Essa è crisi su

¹ Si leggano in merito le considerazioni di Gius e Coin: «La nozione di responsabilità volge verso l'assunzione delle istanze soggettive, di significato anche esistenziale e umano, coinvolte nella relazione, che sono improntate sul riconoscimento di sé e dei motivi attuati, sulla capacità di argomentare le proprie scelte e basarle su criteri esplicitabili. In questo modo, ad essere contemplato non è solo il versante doveristico di un impegno, ma anche la disposizione del soggetto e le componenti cognitive e motivazionali relative al suo vissuto. La necessità del riferimento ad una responsabilità 'soggettivamente abitata' si rende evidente in tutti i casi che ... mettono in scacco la normativa e che necessitano di una valutazione particolare e di una presa di decisione autonoma del soggetto. La costruzione dell'identità professionale volge verso la ricerca di una competenza del soggetto che sappia armonizzare tra loro l'operatività tecnica, le norme di condotta e i valori etici. Lo studio dell'etica professionale e l'elaborazione di strumenti formativi atti a promuovere la competenza etica dello psicologo dovrebbero poter integrare sempre la duplice prospettiva della norma e del valore»; E. GIUS - R. COIN, *I dilemmi dello psicoterapeuta*, p. 58. La considerazione può essere estesa in maniera pertinente a tutti coloro che in funzione di curanti operano nell'ambito clinico. Gli autori affermano inoltre che «in quanto elemento contrattuale tra il versante normativo e il versante valoriale, è il soggetto ad assumere la responsabilità decisionale e a dare l'eticità a un intervento» (p. 132).

² La bibliografia sulle dimensioni antropologiche della malattia e la risposta della cura è molto vasta. Cito qui solo alcuni di questi lavori: in particolare cfr. P. CATTORINI, *Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sull'esperienza del soffrire e la domanda di cura*, Firenze 1994; B.J. GOOD, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino 1999; J.-F. MALHERBE, *La malattia come crisi soggettiva*, in J.-F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina*, pp. 69-74. Per un'analisi più particolareggiata e approfondita dell'esperienza del dolore si veda inoltre il bel testo di S. NATOLI, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano 1986.

almeno tre livelli: è crisi del corpo, è crisi del tempo ed è crisi del soggetto. In tale situazione di equilibrio «compromesso» prende forma il rapporto di cura.

a. La corporeità

L'esperienza della malattia, in particolare quella cronica, intacca pesantemente la corporeità e perciò può porre in questione radicalmente la percezione di se stessi.

Il nostro corpo rappresenta il tramite primo del nostro essere ed esistere e del nostro stare in relazione: attraverso il corpo sin dalla nascita – anzi già prima, in fase gestazionale – abbiamo i primi contatti con gli altri, tramite il corpo ci rapportiamo al mondo e, a seconda dei suoi movimenti, strutturiamo differenti rapporti in esso; anche i messaggi che la cultura e la società inviano vengono mediati dal nostro corpo. La psicologia ha valutato il linguaggio corporeo come una delle forme più importanti di linguaggio non-verbale, tanto che spesso si parla del corpo come di un teatro, una sorta di scena sulla quale vengono rappresentati i nostri vissuti, più o meno espliciti, più o meno profondi.

In ogni esperienza che la persona fa del corpo si sperimenta un'ambiguità di cui esso è portatore: nella lingua tedesca esistono due diversi termini, che indicano il corpo nella sua fisicità e organicità, il *Körper*, di fianco al corpo inteso come corpo vivente e vissuto, percepiente e percepito, il *Leib*. La filosofia del Novecento ha condotto molteplici riflessioni sulla scia di questa distinzione: Edmund Husserl ha sottolineato il fatto che «il mio corpo è l'unico a non essere un mero corpo fisico (*Körper*) ma un proprio corpo vivente (*Leib*)», evidenziando così anche la distinzione tra il corpo oggettivato dalla scienza, disponibile per un'analisi anatomico-fisiologica, ed il corpo proprio concretamente vissuto e sperimentato da ciascuno nell'esistenza; Gabriel Marcel, sempre su questa linea, ha affermato che «Io sono un *Leib* e ho un *Körper*». Queste due dimensioni, però, non esistono separate l'una dall'altra e tutto ciò si rende evidente in alcuni momenti ed esperienze della vita fondamentali per l'uomo, quali l'esperienza dell'amore o quella della malattia.

Il corpo, come tramite del nostro stare al mondo e del nostro entrare in rapporto con esso, dice sempre di un senso: le diverse forme di alienazione ed espropriazione del corpo riflettono quindi

una perdita di senso e anche per questo l'esperienza che deriva dalla malattia e che viene vissuta è faticosa e molte volte drammatica.

Il corpo malato arriva ad essere impotente, perde la consueta capacità di operare ed interagire nel mondo e con gli altri, rischia di non poter più essere soggetto di intenzioni precise o, ancora, si profila come un ostacolo a quello che la volontà vorrebbe proporsi e fare. È un corpo che improvvisamente diventa centrale, nella scena: un corpo che si percepisce come diverso – non è più il corpo cui si era abituati –, che rivendica la propria presenza ed esige spazio ed attenzione, tempo e cura.

L'estraniamento che così si vive è un'esperienza del corpo come *Körper* e insieme del corpo come *Leib*. In tale estraniamento è inevitabilmente posta in causa la nostra stessa soggettività.³

Eppure, in questa modificazione così radicale della percezione e del vissuto – e forse proprio a partire da essa – ciascuno tenta di ricostruire un'identità, quell'identità che viene intaccata dall'esperienza di malattia. In questo momento si inserisce l'intervento del medico, dell'infermiera e dell'infermiere, dell'operatore sanitario, che si prendono cura del corpo malato, ma insieme entrano in contatto con la persona sofferente. Il corpo rappresenta proprio l'elemento di mediazione di questo incontro: l'intervento della cura prende forma tramite esso.⁴

b. La temporalità

Nella malattia si vive anche una profonda crisi della temporalità: in chi fa esperienza della malattia vi è infatti spesso un mutamento della percezione del tempo.⁵

Tale mutamento si percepisce in almeno tre direzioni: rispetto al proprio tempo e quindi alla propria storia di vita, rispetto alla

³ È un corpo che rischia anche di perdere la propria identità di genere, il proprio essere radice di una femminilità e di una mascolinità, proprio perché la malattia concentra l'intera attenzione e interesse su di sé. Il corpo, voce e rappresentazione – almeno in parte – del nostro essere donne e uomini, quando si è malati diventa quasi un simulacro, diviene il luogo in cui non abitiamo più noi primariamente, bensì la malattia: entra in scena la malattia, che segna il corpo con la sua organicità.

⁴ La messa in questione della corporeità mette a sua volta in questione, da ultimo, l'immagine stessa dell'uomo. La corporeità va quindi accostata nel riconoscimento della sua concretezza e della sua «ulteriorità», della sua intima intenzionalità, per tutelare e affermare, a più livelli, la dignità della persona. A tutto ciò si deve porre particolare attenzione oggi, anche in considerazione delle caratteristiche che il contesto medico ha assunto.

⁵ Si pensi a tutte le diverse forme e manifestazioni della sofferenza psichica.

coscienza che si ha del tempo e rispetto alla temporalità della società e della socialità nella quale si vive.

Cambia infatti la temporalità della storia individuale, che viene interrotta e trova una nuova definizione, dopo la cesura che la malattia sempre segna; cambia la coscienza del tempo, perché quest'ultimo – con il subentrare della malattia – è avvertito nella sua gravidanza, nel suo scandirsi, nel suo essere limitato; cambia il tempo per chi è malato, perché spesso non si può scegliere il tempo e non lo si può gestire liberamente, ma si deve tener conto di tempi che la malattia impone come propri: vi è una profonda diversità di percezione della temporalità tra chi può vivere il tempo della società e chi invece deve adeguarsi ad un tempo nuovo, definito, ritmato e scandito dalla malattia.⁶

Questo mutamento della percezione del tempo influisce sul modo di percepirsi e di vivere, nonché sul modo di narrare e di raccontarsi della persona malata e sulla parola che in questa diversa temporalità può emergere. E a questo mutamento della temporalità che la malattia porta con sé può corrispondere un mutamento di senso, una revisione del senso della vita.

c. La soggettività

Nella malattia, il soggetto sperimenta in pieno la propria soggettività, radicata nell'esistenza: egli infatti fa esperienza della propria individualità e del limite, per il tramite del corpo e della volontà, e fa esperienza della messa in crisi di un senso, quindi spesso della ricerca e della richiesta di un senso. In merito Ricoeur afferma che «La sofferenza, con la gioia, è la nicchia ultima della singolarità».⁷

La crisi della malattia può diventare crisi della soggettività della persona, del suo percepirsi come soggetto autonomo, capace di scelte di vita libere, e della sua capacità relazionale. Lévinas ha sottolineato come la prima esperienza della sofferenza sia quella dell'assurdità, della mancanza di senso, accompagnata però da un desiderio e da un'aspirazione all'inatteso e allo sconosciuto: questo paradosso vissuto nel momento della malattia è dovuto proprio all'esperienza dell'alterazione che essa induce. In questo momento

⁶ Chi cura interviene ed entra in rapporto con una temporalità modificata, della quale si deve tener conto.

⁷ P. RICOEUR, *Les trois niveaux*, p. 22.

possono sì nascere forme di crisi o sensi di colpa, ma insieme si dischiude una possibilità di apertura, quella di scoprire come la nostra identità soggettiva permane, nonostante il fatto che mutino le immagini o i ruoli attraverso cui noi ci identifichiamo.⁸

In tale crisi della soggettività l'incontro con l'altro e l'entrare in relazione, innanzitutto in quella del rapporto di cura, giocano un ruolo fondamentale. Se oggettivare la malattia come fenomeno permette al medico e al curante di stabilire una distanza e di intervenire su di essa, senza soccombere alla sua gravità e all'impatto emotivo che essa può avere anche per colui cui spetta il compito della cura, limitarsi alla sola oggettivazione rischia di separare l'evento della malattia dalla persona che lo vive e non permette di creare una comunicazione effettiva col paziente e quindi di rivolgere la cura a quella persona, particolare e unica.

La comunicazione e l'ascolto, che sono un requisito indispensabile nella pratica medico-sanitaria, già sul livello clinico-diagnostico, rappresentano allora anche una via di accesso alla persona che sempre il paziente è. L'attenzione al soggetto e la comunicazione diventano perciò una fase essenziale del processo di cura: attraverso questo percorso i partecipanti al momento della cura entrano in relazione e si riappropriano della loro storia di vita.⁹ In tal modo è possibile guardare al malato e alla malattia – nonché alla medicina ed al suo ruolo – da una diversa prospettiva, che si configura già come un'antropologia.

2. *Narrazione e comunicazione*

La malattia si inserisce nel processo della vita come un momento di interruzione di un'ordinarietà e di una storia, come vera e propria crisi, che segna sempre una cesura, a prescindere dalla soluzione e dalle conseguenze che ad essa seguiranno:¹⁰ questa

⁸ Lévinas afferma che si tratta di «scoprire lo spazio di permanenza della nostra identità di soggetti nel mutare delle immagini con le quali ci identifichiamo».

⁹ «La malattia in quanto parte della vita può solo essere rappresentata in virtù di una risposta concettuale creativa. Il suo 'essere là' nel corpo deve essere tradotto 'là' nella vita»; B.J. GOOD, *Narrare la malattia*, p. 249.

¹⁰ Si veda anche C. CASALONE, *Il tempo del medico e il tempo del paziente: un nuovo sguardo sulla relazione medico-paziente*, in P. BENCIOLINI - C. VIAFORA (edd), *Il rapporto medico-paziente*, Roma 2000, pp. 42-51.

storia, pur permanendo sempre quella di una stessa persona, viene letta e raccontata da una diversa prospettiva, a volte anche attraverso categorie nuove.

La malattia rappresenta infatti a modo suo una situazione estrema per l'individuo, a livello esistenziale: la situazione estrema è particolarmente interessante perché rivela la verità di situazioni normali e ci ragguaglia sulla condizione umana.¹¹

Nel desiderio, nell'aspirazione a conferire unità alla propria storia, che sempre si vive e che si fa più acuta nel momento della malattia, si può recuperare una «dimensione narrativa»: della malattia si attua una narrazione, che rappresenta l'inizio di una comunicazione, volta da ultimo alla delineaione, alla costituzione di un'identità, che è poi il proprio profilo di vita. La stessa narrazione di un caso diviene occasione per la narrazione di una storia e quindi per la narrazione di un vissuto e di una vita. Del resto non ci si narra mai solo a – o solo per – se stessi: è insito nell'atto e nel gesto di narrare l'entrare in rapporto con un soggetto e quindi il riconoscimento e la costituzione di una relazionalità.¹² La malattia «nello stesso momento in cui arreca sofferenza, dolore e infelicità, se viene trasformata in narrazione ha la potenzialità di risvegliarci dalla convenzionalità e dalla sua finitudine, generando una risposta creativa e rivitalizzando il linguaggio e l'esperienza».¹³ È nella narrazione – anche se non solo in essa¹⁴ – che emerge il modo del

¹¹ Cfr. quanto afferma in merito T. TODOROV, *Di fronte all'estremo. Quale etica per il secolo dei gulag e dei campi di sterminio?*, Milano 1992. Le considerazioni che Todorov muove sulla condizione estrema e sull'essere esposti a partire dall'analisi di situazioni storiche drammatiche del Novecento possono essere estese, pur con le debite differenze, anche all'esperienza della malattia, che a modo suo si caratterizza come situazione estrema.

¹² Sul valore della narrazione in medicina sono state scritte riflessioni e pagine interessanti e significative. Si veda H. BRODY, *Stories of Sickness*, New Haven (CT) 1987: Brody sottolinea tra l'altro l'importanza per l'etica medica di assumere consapevolezza della dimensione narrativa che sempre caratterizza la malattia. Si veda ancora il bel lavoro sopracitato di B.J. GOOD, *Narrare la malattia*. Diverse sono le possibili narrazioni della malattia, considerate da P. CATTORINI, *La morte offesa. Espropriazione del morire ed etica della resistenza al male*, Bologna 1995, p. 23: della malattia può essere fatto un racconto, utilizzando un linguaggio metaforico, simbolico e allusivo, che ha come voce narrante generalmente il malato; si può dare una spiegazione eziopatologica, con la quale si descrivono le cause e il corso della malattia in maniera oggettiva e univoca, con il patologo nel ruolo di narratore; infine il medico può effettuare l'anamnesi clinica, ossia una ricostruzione della malattia ad opera dello sguardo e del sapere propriamente medici, che gli permettono di leggere tale evento in base alle proprie categorie interpretative e operative.

¹³ B.J. GOOD, *Narrare la malattia*, p. 252.

¹⁴ Se la malattia può essere detta attraverso una narrazione, la sofferenza che essa reca resta spesso inesprimibile e inenarrabile. Simone Weil ha affermato che il pensiero della

paziente di porsi di fronte alla malattia, è con essa che si evidenzia il suo modo di viverla e percepirla. Portare a parola e a linguaggio un vissuto così ricco, è un primo passo per tentare di intraprendere il percorso del cambiamento e della guarigione. Attraverso la narrazione emergono le metafore con cui ciascuno rappresenta il proprio vissuto e la propria storia, per immagini che riescono, violando i limiti della concettualità logica, a concentrare in sé e a dischiudere un vero e proprio mondo della vita.¹⁵

La narrazione e l'ascolto che ogni storia di malattia e ogni vita richiederebbe si configurano quindi come possibili vie per recuperare il significato più autentico dell'atto della cura e per non dimenticare le persone, in funzione delle quali avviene la cura stessa. Ascoltare una narrazione della malattia permette inoltre a colui che cura di capire che cosa è in gioco per il paziente, e può quindi aiutare ad individuare in che direzione intervenire e operare.¹⁶

La vulnerabilità e la debolezza delle persone che si vanno accostando richiedono un'attenzione particolare, oltre che un'alta capacità osservativa e di ascolto:

«Una caratteristica centrale della cura è l'atto dell'attenzione. Prendersi cura – avere interesse per gli altri – significa essere attento ai loro bisogni ... L'attenzione è un elemento della medicina ... Una qualità essenziale di un'etica della cura nella relazione medico-paziente è che essa richiede un rinnovato sforzo di attenzione sollecita alle voci che non si sono ascoltate e alle esperienze cui non si è ancora data risposta».¹⁷

sofferenza non è discorsivo, nel senso che non ha le caratteristiche di una ragione dialettica e deduttiva: per questo nel dolore si sviluppa ed esercita la facoltà intuitiva, che permette di attingere a diverse modalità di rappresentare, simboleggiare e narrare la propria storia e in essa la malattia. La componente taciuta della sofferenza – taciuta spesso per il soggetto stesso che la vive – può essere forse fatta emergere anche attraverso queste modalità.

¹⁵ Con quest'espressione, che in tedesco suona *Lebenswelt*, Husserl indicava il mondo delle nostre comuni e immediate esperienze vissute.

¹⁶ La difficoltà odierna di gestire un rapporto terapeutico, orientato propriamente alla cura di un singolo individuo, nella particolarità e unicità della situazione, può forse essere messa in relazione anche con la difficoltà di avviare e consolidare una relazione significativa tra chi cura e chi viene curato. Il venir meno di un incontro e di un tempo privilegiato per l'ascolto, rischia di minare la stessa possibilità di intraprendere un percorso di cura che voglia essere efficace, completo e rispettoso per i soggetti che vi sono coinvolti. Anche per questo è importante rileggere e riflettere sul rapporto che si stabilisce tra il clinico, ossa colui o colei che cura, e colui che viene curato e capire di quale significato questo rapporto è, può o deve essere investito.

¹⁷ W.T. REICH, *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, pp. 231-254, qui p. 241.

Nella pratica clinica, dove si incontrano quotidianamente storie e situazioni nelle quali va in crisi la persona nei diversi aspetti della corporeità, della soggettività, della temporalità e della narratività, quindi nella relazionalità stessa che la caratterizza, l'etica si trova a poter giocare un ruolo essenziale e l'eticista può svolgervi oggi una importante funzione ermeneutica. Ciascuna di queste dimensioni infatti ha dei fondamentali rilievi etici e antropologici che l'eticista può aiutare a portare alla luce.¹⁸

3. *L'etica nella relazione di cura*

La narrazione appartiene a quello che Ricoeur definisce il primo livello dell'architettura di un'etica medica. Questo primo livello è quello della relazione di cura, dell'incontro, pur asimmetrico, tra il paziente e il medico, e più generalmente tra chi viene curato e chi cura. In esso il paziente porta a linguaggio la propria sofferenza, tramite una componente descrittiva, rispetto al sintomo, e una narrativa, rispetto alla storia entro cui tale sintomo si colloca; il medico, dal canto suo, compie un avvicinamento a tale situazione, dal momento che lui può accogliere il paziente, raccogliere la sua storia e tentare un percorso di cura. Il rapporto di cura può essere improntato anche su forme di confidenzialità, proprio perché si gioca in maniera interpersonale, tra due soggetti.

L'etica clinica, che a detta di Ricoeur¹⁹ rappresenta l'orientamento terapeutico della bioetica, presenta significativi atti di giudizio collocabili su tre diversi livelli. Il primo livello, sopra descritto, è quello prudenziale: in esso il giudizio si applica a situazioni singolari, dove un singolo paziente è in relazione con un singolo medico; qui il giudizio deriva, dice Ricoeur, dalla saggezza pratica, di natura intuitiva, ed è frutto di insegnamento o dell'esercizio; esso fa riferimento alle decisioni prese in situazioni singolari.

¹⁸ La dimensione etica di una situazione è legata alla presenza in essa di una dimensione esistenziale. Questo giustifica anche la presenza di una significazione psicologica, accanto ad ogni significazione etica. Proprio per questo suo radicamento nell'esistenza la situazione di malattia ha un significato che è etico e insieme – inevitabilmente – psicologico. Etica e psicologia sono del resto modalità diverse per dire e leggere l'esperienza dell'abitare e del percepire il mondo e la vita da parte dell'essere umano.

¹⁹ Cfr. P. RICOEUR, *Les trois niveaux*.

Il secondo livello è quello deontologico o normativo: i codici deontologici sono una forma di questo secondo livello. In esso i giudizi vengono elevati a norme, per superare la singolarità della relazione di cura: essa viene così universalizzata e le norme mediche che ne derivano possono essere collocate entro le norme del preciso corpo e sistema politico in cui essa prende forma; in tal modo è inoltre possibile arbitrare i conflitti che emergono nel campo medico, ad esempio quello tra una pratica orientata alla cura e una pratica orientata alla ricerca, o ancora quello tra la preoccupazione per il benessere personale del paziente e la presa in carico della salute collettiva.

Ma anche qui restano dei punti contraddittori che non si possono risolvere arrestandosi su questo solo piano. Le difficoltà del livello normativo chiedono quindi di passare ad un terzo livello, di tipo riflessivo: in esso si trovano le ragioni che motivano le diverse norme e la loro codificazione. Si tratta della dimensione teleologica dell'etica, che si concentra sui fini, sulle finalità ultime dell'agire, qui in particolare dell'agire medico: qui sono presenti in un unico condensato sia le diverse finalità che la medicina si è conferita in passato e si conferisce oggi, sia un insieme di idee, valori e principi morali che condizionano anche le nozioni di salute, di malattia, di guarigione, di benessere e felicità, e che derivano dalla lunga tradizione morale occidentale.²⁰

È quindi a partire da una considerazione e valutazione di questi diversi e interagenti livelli che si può strutturare un'etica per la clinica, che sappia tenere presenti le finalità alte che essa si conferisce e che sappia accogliere i vissuti e le storie di malattia, e con questo permetta di accostare la sofferenza di ogni essere umano che chiede, in nome della comune condizione umana, di essere accolta, ascoltata ed alleviata.

²⁰ La narrazione può contribuire, anche su questo terzo livello dell'etica, a portare alla luce queste dimensioni e ad evidenziare i diversi significati e le molte sfumature che le possono caratterizzare. Come ha osservato Dell'Oro, i livelli di competenza dell'eticista clinico rispecchiano questa triplice struttura, perché essi coincidono con i tre livelli del giudizio pratico in situazione: un primo livello è quello della situazione clinica, nella quale l'eticista entra progressivamente e fa esperienza ermeneutica, dal momento che fornisce un'interpretazione prudente delle variabili in gioco nella situazione pratica; un secondo livello è quello del momento normativo: la moralità delle azioni viene infatti giustificata in base alle risorse del discorso normativo, attraverso la specificazione di principi generali; l'ultimo livello è appunto quello del momento fondativo o dei giudizi riflessivi. Cfr. R. DELL'ORO, *La bioetica clinica*.

La cura si specchia sul fondo di queste esperienze e si configura come risposta a tale domanda, come risposta ad una crisi che si vive e si avverte su molteplici livelli.²¹ Per questo a chi cura spetta il compito di riuscire ad accostare la particolarità di una situazione, di un individuo, di una precisa sofferenza, in un particolare contesto e di cogliere queste dimensioni che restano spesso taciute, ma che sono quelle strutturanti.

La responsabilità che nella dinamica della cura emerge – sul livello umano individuale e interpersonale, deontologico o istituzionale – dice proprio di questa fondamentale appartenenza etica della pratica medico-clinica.

Si tratta qui di provare ad intraprendere un percorso di filosofia della medicina, a partire da una prospettiva etica.

²¹ Si vedano ancora le belle riflessioni che sulla storia delle origini della cura e sul mito di Cura ha condotto W.T. REICH, *Alle origini dell'etica medica*.

Bibliografia

1. PROSPETTIVA MEDICO-CLINICA E FENOMENOLOGIA DELLA CLINICA

BARNI M. - SANTOSUOSSO A. (edd), *Medicina e diritto. Prospettive e responsabilità della professione medica oggi*, Milano, Giuffrè, 1995

CADORÉ B., *La médecine comme science? Point de vue historique et épistémologique*, in *Recueil de textes-Diplôme d'université d'éthique de la santé*, Lille 2000

CALLAHAN D., *L'equità e gli obiettivi della medicina*, in «Quaderni di sanità pubblica», 21 (1998), pp. 27-29

– *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Baldini & Castoldi, 2000

COSMACINI G. - GAUDENZI G. - SATOLLI R. (edd), *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, 1996

– RUGARLI C., *Introduzione alla medicina*, Roma - Bari, Laterza, 2000

DELL'ORO R., *The Praxis of Medicine and the Epistemology of Clinical Judgement*, Washington D.C. 1998 *pro manuscripto*

FANTINI B., *La constitution du savoir médical moderne et le caractère spécifique des maladies*, in «Cahiers médico-sociaux» 39 (1995), pp. 15-23

FOUCAULT M., *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1998

GRILLI R. - PENNA A. - LIBERATI A., *Migliorare la pratica clinica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995

GRISIO T. - APPELBAUM P.S., *Il consenso alle cure: guida alla valutazione per medici e altri operatori sanitari*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2000

HANSON M.J. - CALLAHAN D., *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington D.C., Georgetown University Press, 1999

HAVE TEN H., *Medical Technology Assessment and Ethics. Ambivalent Relations*, in «Hastings Center Report», 25 (1995), pp. 13-19

YEHOSHUA A.B., *Ritorno dall'India*, Torino, Einaudi, 1997

ILLICH I., *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori, 1977

JASPERS K., *Il medico nell'età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991

JONAS H., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Torino, Einaudi, 1997

MOJA E.A. - VEGNI E., *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina, 2000

MORI M. (ed), *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, in «Notizie di Politeia», 45 (1997), numero monografico

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Bilancio della «Salute per tutti». I temi di Alma-Ata aggiornati alla luce di etica ed equità a venti anni dalla loro enunciazione*, in «Quaderni di sanità pubblica», 3 (1998)

QUILL T.E. - SUCHMAN A.L., *Uncertainty and Control: Learning to Live with Medicine's Limitations*, in «Human Medicine», 2 (1993), pp. 109-120

RICOEUR P., *Les trois niveaux du jugement médical*, in «Esprit», 12 (1996), pp. 21-33 (ripubblicato poi anche come *Préface du Code de déontologie médicale*, Paris, Seuil, 1996)

SANTOSUOSSO A., *Dalla salute pubblica all'autodeterminazione: il percorso del diritto alla salute*, in M. BARNI - A. SANTOSUOSSO (edd), *Medicina e diritto*, pp. 75-100

– *Libertà di cura e libertà di terapia: la medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998

TATARELLI R. - DE PISA E. - GIRARDI P., *Curare con il paziente: metodologia del rapporto medico-paziente*, Milano, Franco Angeli, 1999

VINEIS P., *L'osservazione medica*, Milano, Garzanti, 1991

– CAPRI S., *La salute non è una merce. Efficacia della medicina e politiche sanitarie*, Torino, Bollati Boringhieri, 1994

– *Prima della malattia. Per un'etica della prevenzione*, Venezia, Marsilio, 1997

– *Nel crepuscolo della probabilità. La medicina tra scienza ed etica*, Torino, Einaudi, 1999

WULFF H.R. - PEDERSEN S.A. - ROSENBERG R., *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995

2. BIOETICA

BEAUCHAMP T.L., *Ethical Theory and Bioethics*, in T. L. BEAUCHAMP - W. LEROY (edd), *Contemporary Issues in Bioethics*, pp. 1-37

– LEROY W. (edd), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont (CA), Wadsworth Publishing Company, 1982

BENNER P., *A Dialogue between Virtue Ethics and Care Ethics*, in «Theoretical Medicine», 18 (1997), pp. 47-61

BERLINGUER G., *Bioetica quotidiana e bioetica di frontiera*, in «Rivista di teologia morale», 78 (1988), pp. 63-76

CADORÉ B., *La bioéthique questionnée*, in «Le Supplement», 202 (1997), pp. 47-58

- CASTILLO M., *De la bioéthique à l'éthique*, in «Esprit», 213 (1995), pp. 86-110
- CATTORINI P., *I principi della bioetica e il personalismo*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, pp. 117-155
- MORDACCI R. - REICHLIN M. (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, Milano, Europa Scienze Umane Editrice, 1996
- DANIELS N., *Wide Reflective Equilibrium in Practice*, in L.W. SUMNER - J. BOYLE (edd), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, pp. 96-114
- DELL'ORO R., *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica nordamericana*, in «Rivista di teologia morale», 106 (1995), pp. 203-220
- DURAND G., *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Montreal - Paris, Fides-Cerf, 1999
- FIORI A., *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, in E. SGRECCIA (ed), *Storia della medicina e dell'etica medica verso il terzo millennio*, pp. 99-164
- GRACIA D., *Quanta democrazia sopporta la valutazione bioetica?*, Padova, Fondazione Lanza, 1998, *pro manuscripto*
- HAVE TEN H., *Philosophy of Medicine and Bioethics, Worldwide and Nation-focused*, in «European Philosophy of Medicine and Health Care», 2 (1994), pp. 3-5
- JONSEN A., *The Birth of Bioethics*, New York - Oxford, Oxford University Press, 1998
- LECALDANO E., *La sfida dell'etica applicata e il ragionamento in morale*, in M. MORI (ed), *Questioni di bioetica*, Roma, Editori Riuniti, 1988, pp. 36-71
- *Bioetica. Le scelte morali*, Roma - Bari, Laterza, 1999
- LEONE S. - PRIVITERA S. (edd), *Dizionario di bioetica*, Bologna, Edizioni Dehoniane, 1994
- MACLEAN A., *The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics*, London, Routledge, 1993
- MALHERBE J.F., *La conscience en liberté. Apprentissage de l'éthique et création de consensus*, Montreal, Fides, 1997
- MARTENSEN R., *The History of Bioethics: An Essay Review*, in «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», 2 (2001), pp. 168-175
- MORDACCI R., *La dissoluzione del soggetto morale in bioetica*, in E. SORICELLI - R. BARCARO (edd), *Bioetica e antropocentrismo etico*, pp. 41-59
- *Sul contributo dell'ermeneutica alla bioetica*, in E. SGRECCIA - V. MELE - D. SACCHINI (edd), *Le radici della bioetica*, II, pp. 163-176
- PALAZZANI L. - SGRECCIA E., *Il dibattito sulla fondazione etica in bioetica*, in «Medicina e morale», 5 (1992), pp. 847-870
- PARIZEAU M.-H., *Les fondaments de la bioéthique*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1992

PESSINA A., *L'ermeneutica filosofica come sfondo teorico della bioetica. Elementi per una valutazione critica*, in «Medicina e Morale», 1 (1996), pp. 43-70

PELLEGRINO E., *Bioethics as an Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit in the Mosaic of Disciplines?*, in R.A. CARSON - C.R. BURNS (edd), *Philosophy of Medicine and Bioethics: A Twenty Years Retrospective and Critical Appraisal*, Dordrecht - Boston - London, Kluwer Academic Publishers, 1997, pp. 1-23

REICH W.T. (ed), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan, 1978 (1995²)

REICHLIN M., *La bioetica: questioni storico-epistemologiche*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, pp. 17-50

– *Observations on the Epistemological Status of Bioethics*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 19 (1994), pp. 79-102

ROY D.J. - WILLIAMS J.R. - DICKENS B.M. - BAUDOUIN J.-L., *La bioéthique, ses fondaments et ses controverses*, Montreal, ERPI, 1995

SANTOSUOSSO A., *Bioetica e diritto*, in M. BARNI - A. SANTOSUOSSO (edd), *Medicina e diritto*, pp. 21-45

SÉVE L., *Critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob, 1994

SGRECCIA E. - MELE V. - SACCHINI D. (edd), *Le radici della bioetica*, Milano, Vita e Pensiero, 1998

SOETJE E., *La responsabilità della vita. Introduzione alla bioetica*, Torino, Paravia, 1997

SORICELLI E. - BARCARO R. (edd), *Bioetica e antropocentrismo etico*, Milano, Franco Angeli, 1998

SPINSANTI S. (ed), *Bioetica e antropologia medica*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1991

– *Bioetica in sanità*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1993

SUMNER L.W. - BOYLE J. (edd), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, Toronto, University of Toronto Press, 1996

TOGNONI G., *Il mercato dell'etica*, in «Pratica & Ricerca», 53 (1993), pp. 145-154

TOULMIN S., *How Medicine Saved the Life of Ethics*, in «Perspectives in Biology and Medicine», 4 (1982), pp. 736-750

VIAFORA C. (ed), *Centri di bioetica in Italia*, Padova, Fondazione Lanza - Gregoriana Libreria Editrice, 1993

– (ed), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Padova, Gregoriana Libreria Editrice, 1995

– *L'argomentazione bioetica*, in C. VIAFORA (ed), *Comitati etici*, pp. 135-200

– *Bioetica: risignificare la responsabilità verso la vita*, in E. SORICELLI - R. BARCARO (edd), *Bioetica e antropocentrismo etico*, pp. 127-148

WINKLER E., *Moral Philosophy and Bioethics: Contextualism versus the Paradigm Theory*, in L.W. SUMNER - J. BOYLE J. (edd), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, pp. 50-78

3. ETICA CLINICA E MEDICA

ACKERMAN T. - GRABER G. - REYNOLDS C. - THOMASMA D. (edd), *Clinical Medical Ethics: Exploration and Assessment*, Lanham (MD), University Press of America, 1987

AGICH G.J., *Clinical Ethics: A Role Theoretic Look*, in «Society of Science and Medicine», 30 (1990), pp. 389-399

AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, *Core Competencies for Health Care Consultation*, 1998

BAERTSCHI B., *Les méthodes de résolution des cas*, in «Bioethica Forum», 26 (1998), pp. 4-11

BAYLIS F., *The Health Care Ethics Consultant*, Totowa (NY), Humana Press, 1994

BEAUCHAMP T.L. - CHILDRESS J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1979 (1994⁴); trad. it. *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999

BENCIOLINI P. - VIAFORA C. (edd), *Il rapporto medico-paziente*, Roma, Cic Edizioni Internazionali, 2000

BITOUZET V., *Le médecine foetale interpellée: place de la psychanalyse et de l'éthique clinique*, in «Ethica Clinica», 21 (2001), pp. 25-32

BLITON M.J., *The Ethics of Clinical Ethics Consultation: on the Way to Clinical Philosophy*, Nashville (TN), Vanderbilt University, 1993

BOITTE P., *La pratique clinique comme source potentielle de questionnement éthique*, in P. BOITTE - B. CADORÉ - P.Y. VAN GILS - M. ENGLERT, *Quell'éthique pratique en médecine?*, pp. 3-16

– *L'éthique à l'hôpital, pour quoi faire?*, in «Ethica clinica», 1 (1996), pp. 20-21

– *The Role of Clinical Ethicist*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 1 (1998), pp. 65-70

– *Pour une fonction éthique à l'hôpital*, in «Ethica Clinica», 15 (1999), pp. 30-40

– CADORÉ B. - VAN GILS P.Y. - ENGLERT M., *Quell'éthique pratique en médecine?*, Bruxelles, E.C.C.E., 1996

BONDOLFI A., *Primum non nocere. Studi di etica biomedica*, Comano (Svizzera), Edizioni Alice, 1992

BRODY H., *Stories of Sickness*, New Haven - London, Yale University Press, 1987

CADORÉ B., *Créativité techno-médicale, éthique et théologie: l'exemple du diagnostic prénatal*, Thèse de doctorat en théologie présentée sous la direction de M.L. Lameau devant la Faculté de Théologie de Lille, Lille 1992

– *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Louvain-la-Neuve - Montreal, Artel-Fides, 1994

– *Méthodologie en éthique clinique*, in P. BOITTE - B. CADORÉ - P.Y. VAN GILS - M. ENGLERT, *Quell'éthique pratique en médecine?*, pp. 17-43

– *L'éthique clinique comme révélateur des mutations de la fonction médicale*, contributo al Séminaire d'aide éthique à la décision clinique, 3ème Séminaire International d'Éthique Clinique, Lille maggio 1996

– *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Saint-Laurent (QC), Fides, 1997

– *A Hermeneutical Approach to Clinical Ethics*, in C. VIAFORA (ed), *Clinical Bioethics* (in corso di stampa)

CARSON R.A., *L'etica medica come pratica riflessiva*, in «KOS», 128 (1996), pp. 56-60

CASATI S., *La deliberazione, riflesso e motore della rivoluzione bioetica*, in «tutor», 1-2 (2002), pp. 51-57

CATTORINI P., *Oltre i principi. Appunti sui nuovi linguaggi e modelli argomentativi in bioetica*, in C. VIAFORA (ed), *Centri di bioetica in Italia*, pp. 135-144

– *Applicare o interpretare? Il ruolo della bioetica clinica*, in «Rivista di teologia morale», 121 (1999), pp. 83-101

– *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Milano, Masson, 1996 (2000²)

– *Clinical Bioethics. Identity, Role, Aims*, in «Medicina nei secoli. Arte e scienza», 13 (2001), 1, pp. 187-197

– *Moral Norms and Hermeneutics in Clinical Bioethics*, in «Medicina nei secoli. Arte e scienza», 13 (2001), 1, pp. 199-209

CENTRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE, *Éthique clinique et médecine foetale. Rapport final*, Lille, novembre 1996

CLOUSER K.D. - GERT B., *A Critique of Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), pp. 219-236

DANIEL S., *Hermeneutical Clinical Ethics: A Commentary*, in «Theoretical Medicine», 2 (1994), pp. 133-139

DEGRAZIA D., *Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases, and Specified Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 17 (1992), pp. 511-539

DELL'ORO R., *La bioetica clinica come etica applicata: problemi teorici della consulenza etica nell'istituzione sanitaria*, in M. PICOZZI - M. TAVANI - P. CATTORINI (edd), *Verso una professionalizzazione del bioeticista* (in corso di stampa)

DORDONI P., *La deliberazione in etica clinica: logica di un percorso formativo*, in «tutor», 1-2 (2002), pp. 44-50

DRANE J.F., *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas City (MO), Sheed and Wards, 1988

– *Clinical Bioethics. Theory and Practice in Medical-Ethical Decision-Making*, Kansas City (MO), Sheed and Ward, 1994

ELLOS W.J., *Some Narrative Methodologies for Clinical Ethics*, in «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 7 (1998), pp. 315-322

ENGELHARDT D. VON, *Sulla sistematica e sulla storia dell'etica medica*, in D. VON ENGELHARDT (ed), *Etica e medicina. Problemi della pratica quotidiana*, trad. it., Milano, Guerini e Associati, 1994, pp. 341-362

FINS J.J. - MILLER F.G. - BACCHETTA M.D., *Clinical Pragmatism: Bridging Theory and Practice*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 8 (1998), 1, pp. 37-42

FLETCHER J., *Morals and Medicine*, Princeton, Princeton University Press, 1954

– *Clinical Bioethics at NIH: History and a New Vision*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 4 (1995), pp. 355-364

– BRODY H., *Clinical Ethics - I. Elements and Methodologies*, in W.T. REICH (ed), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, The Free Press, 1995, pp. 399-404

– LOMBARDO P.A. - MARSHALL M.F. - MILLER F.G., *Introduction to Clinical Ethics*, Frederick (MD), University Publishing Group, 1997

– QUIST N. - JONSEN A.R., *Ethics Consultation in Health Care*, Ann Arbor (MI), Health Administration Press, 1989

FONDAZIONE LANZA, *Metodologia dell'analisi etica dei casi clinici. Il protocollo della Fondazione Lanza*, Padova s.d.

FOX M.D. - MCGEE G. - CAPLAN A., *Paradigms for Clinical Ethics Consultation Practice*, in «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 3 (1998), pp. 308-314

GALVAGNI L. - CATTORINI P. - TAVANI M., *La consulenza etica nelle strutture sanitarie: esperienze e modelli a confronto*, in «Medicina Legale Quaderni Camerti», 3 (1997), pp. 539-571

GERT B. - CULVER CH.M. - CLOUSER K.D., *Common Morality versus Specified Principlism: Replay to Richardson*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 3 (2000), pp. 308-322

GILLON R. (ed), *Principles of Health Care Ethics*, New York, Wiley and Sons, 1994

GIUS E. - COIN R., *I dilemmi dello psicoterapeuta. Il soggetto tra norme e valori*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999

GRABER G.G. - THOMASMA D.C., *Theory and Practice in Medical Ethics*, New York, Continuum, 1989

GRACIA D., *Bioetica clinica*, in S. SPINSANTI (ed), *Bioetica e antropologia medica*, pp. 43-69

– *Bioetica clinica*, in S. LEONE - S. PRIVITERA (edd), *Dizionario di bioetica*, pp. 98-102

– *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Cisinello Balsamo (Milano), Edizioni Paoline, 1993

– *Procedimientos de decision en ética clínica*, Madrid, Eudema, 1991

– *Moral Deliberation. The Role of Methodologies in Clinical Ethics*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 4 (2001), 2, pp. 223-232

GUTTMANN A. - THOMPSON D., *Deliberating about Bioethics*, in «Hastings Center Report», 3 (1997), pp. 38-41

HAVE TEN H., *The Hyperreality of Clinical Ethics: A Unitary Theory and Hermeneutics*, in «Theoretical Medicine», 15 (1994), pp. 113-131

– *Approcci europei all'Etica nella medicina clinica*, in C. VIAFORA (ed), *Comitati etici*, pp. 91-118

– *The Anthropological Tradition in the Philosophy of Medicine*, in «Theoretical Medicine», 16 (1995), pp. 3-14

– LELIE A., *Medical Ethics Research Between Theory and Practice*, in «Theoretical Medicine and Bioethics», 19 (1998), pp. 263-276

– MEULEN TER R.H.J. - VAN LEEUWEN E., *Medische ethiek*, Houten - Diegen, Bohn Stafleu Van Loghum, 1998

HOFFMASTER B. - FREEDMAN B. - FRASER G. (edd), *Clinical Ethics: Theory and Practice*, Clifton (NY), Humana Press, 1991

HUNTER K.M., *Narrative, Literature, and the Clinical Exercise of Practical Reason*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 8 (1996), pp. 303-320

– *Doctor's Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, Princeton University Press, 1991

JANSEN L.A., *Assessing Clinical Pragmatism*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 8 (1998), 1, pp. 23-36

JONAS H., *Arte medica e responsabilità umana*, in H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Torino, Einaudi, 1997, pp. 109-121

JONSEN A.R., *Casistry and Clinical Ethics*, in «Theoretical Medicine», 7 (1986), pp. 65-73

– *Case Analysis in Clinical Ethics*, in «Journal of Clinical Ethics», 1 (1990), pp. 63-65

– *Clinical Ethics and the Four Principles*, in R. GILLON (ed), *Principles of Health Care Ethics*

- *Casuistry*, in W.T. REICH (ed), *Encyclopedia of Bioethics*, pp. 344-350
- *Morally Appreciated Circumstances: A Theoretical Problem for Casuistry*, in L.W. SUMNER - J. BOYLE (edd), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, pp. 37-49
- SIEGLER M. - WINSLADE W., *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, New York, Mc Graw-Hill, 1998
- TOULMIN S., *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley (CA), University of California Press, 1988
- KATZ D., *The Silent World of Doctor and Patient*, New York, Free Press, 1984
- KUHSE H., *Prendersi cura: l'etica e la professione di infermiera*, Torino, Edizioni di Comunità, 2000
- LAMAU M.-L., *Créativité éthique dans le champ de la bio-médecine*, in «Recherches de Sciences Religieuses», 4 (1994), pp. 497-519
- LA PUMA J. - SCHIEDERMAYER D.L., *The Clinical Ethicist at the Bedside*, in «Theoretical Medicine», 12 (1991), pp. 141-149
- SCHIEDERMAYER D.L., *Ethics Consultation. A Practical Guide*, Boston - London, Jones and Burtlett Publishers, 1994
- LEEMAN C. P., *Ethics Consultation Masking Psychiatric Issues in Medicine*, in «Archives of Internal Medicine», 155 (1995), sep. 11, pp. 1715-1717
- LOEWY E.H., *The Role of Suffering and Community in Clinical Ethics*, in «Journal of Clinical Ethics», 2 (1991), pp. 83-89
- MALHERBE J.-F., «*Fare l'etica*» in ospedale, in «L'Arco di Giano», 6 (1994), pp. 263-269
- *L'incertitude en éthique. Perspectives cliniques*, Montreal, Fides, 1996
- *Pour une éthique de la médecine*, Montreal - Namur, Fides - Artel, 1997 (1987¹); trad. it. *Per un'etica della medicina*, Cinisello Balsamo (Milano), Edizioni Paoline, 1989
- (ed), *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique*, Montréal - Namur, Fides-Artel, 1999
- *La question de la violence en éthique clinique*, in «Ethica Clinica», 26 (2002), pp. 48-53
- DETHIER L. - RAVEZ L., *La fonction éthique dans le monde hospitalier*, in «Ethica Clinica», 1 (1996), pp. 4-13
- MELLEY C.D., *A Philosophical Investigation of Health-Care Ethics Committees, Ethics Consultation and the Role of the Philosopher in the Health Care Setting*, Saarbrücken, Universität des Saarlandes, 1991
- MONTELLO M., *Medical Stories: Narrative and Phenomenological Approaches*, in M. A. GRODIN (ed), *Meta Medical Ethics: The Philosophical Foundations of Bioethics*, Dordrecht-Boston-London, Kluwer Academic Publishers, 1995, pp. 109-123

MURRAY T.H. - SAGOFF M. - CHILDRESS J.F. - FLETCHER J.C., *Individualism and Community: the Contexted Terrain of Autonomy*, in «Hastings Center Report», 3 (1994), pp. 32-35

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Dept. of Health, Education and Welfare, Washington D.C. 1978; trad. it. in S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, pp. 243-254

NELSON H.L. (ed), *Stories and their Limits: Narrative Approches to Bioethics*, New York - London, Routledge, 1997

PALAZZANI L., *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, in «Medicina e morale», 1 (1992), pp. 59-85

PELLEGRINO E.D., *Philosophy of Medicine: Problematic and Potential*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 1 (1976), pp. 5-31

– *Clinical Ethics: Biomedical Ethics at the Bedside*, in «Journal of American Medical Association», 260 (1988), pp. 837-839

PELLEGRINO E., *The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30-Years Retrospective*, in «American Journal of Medical Association», 9 (1993), pp. 1158-1162

PELLEGRINO E.D., *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, in G. RUSSO (ed), *Bilancio di 25 anni di bioetica. Un rapporto dai pionieri*, Torino, Elle Di Ci, 1997, pp. 37-68

– LANGAN J.P. - COLLINS HARVEY J. (edd), *Catholic Perspectives on Medical Morals. Foundational Issues*, Dordrecht, Kluwer, 1989

– SIEGLER M. - SINGER P.A., *Future Directions in Clinical Ethics*, in «The Journal of Clinical Ethics», 1 (1991), pp. 5-9

– THOMASMA D., *The Conflict Between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution*, in «The Journal of Contemporary Health Law and Policy», 3 (1987), pp. 23-46

– THOMASMA D., *A Philosophical Basis of Medical Practice. Towards a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*, New York - Oxford, Oxford University Press, 1981

– THOMASMA D., *For the Patient's Good: the Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988; trad. it. *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Cinisello Balsamo (Milano), Edizioni Paoline, 1992

– THOMASMA D., *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford University Press, 1993

– THOMASMA D., *The Christian Virtues in Medical Practice*, Washington D.C., Georgetown University Press, 1996

PERL M. - SHELPS E.E., *Sounding Board. Psychiatric Consultations Masking Moral Dilemmas in Medicine*, in «New English Journal of Medicine», 307 (1982), pp. 618-621

PICOZZI M. - TAVANI M. - CATTORINI P. (edd), *Verso una professionalizzazione del bioeticista*, Milano, Giuffrè (in corso di stampa)

POSTIGO SOLANA E. - SPAGNOLO A.G., *Quale ruolo dell'etica narrativa in bioetica?*, in E. SGRECCIA - V. MELE - D. SACCHINI (edd), *Le radici della bioetica*, II, pp. 177-184

RAMEIX S., *Fondaments philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1996

RAMSEY P., *The Patient as a Person. Explorations in Medical Ethics*, New Haven, Yale University Press, 1970

REICH W.T., *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, in P. CATTORINI - R. MORDACCI - M. REICHLIN (edd), *Introduzione allo studio della bioetica*, pp. 231-254

REITER-THEIL S., *Ethics Consultation on Demand: Concepts, Practical Experience and a Case Study*, in «Journal of Medical Ethics», 26 (2000), pp. 198-203

RICHARDSON H., *Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems*, in «Philosophy and Public Affairs», 19 (1990), 4, pp. 279-310

ROCCHETTI L., *Etica, bioetica e quotidianità*, in COLLEGIO IPASVI DI TRENTO (ed), *Etica. Atti del Convegno Nazionale Infermieri*, Trento 1995, pp. 21-33

ROTHMAN D.G., *Strangers at the Bedside*, New York, Basic Books, 1991

ROY D.J., *Ethique clinique: des cas aux fondements*, in M.H. PARIZEAU (ed), *Bioethique. Méthodes et fondements* («Le cahiers de l'ACFAS», 66, numero monografico), Montreal 1989, pp. 17-28

– RAPIN C.-H., *L'éthique clinique: concept et méthode*, in «Archives de l'éthique clinique», pp. 32-34

SCHEPENS P. (ed), *L'activité éthique à la Clinique Saint-Pierre*, in «Les Carnets du Comité d'éthique», 1 (1997), numero monografico

SCOFIELD G., *Forms over Substance? A Response to Viafora*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 2 (1999), pp. 299-303

– *Ethics Consultation: The Last Dangerous Profession?*, in «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 2 (1993), pp. 417-448

SGRECCIA E. (ed), *Storia della medicina e dell'etica medica verso il terzo millennio*, Soveria Mannelli (CZ), Rubbettino, 2000

SIEGLER M., *A Legacy of Osler: Teaching Clinical Ethics at the Bedside*, in «Journal of the American Medical Association», 10 (1978), pp. 951-956

– *Clinical Ethics and Clinical Medicine*, in «Archives of International Medicine», 139 (1979), pp. 10 ss.

- SIEGLER M. - PELLEGRINO E.D. - SINGER P.A., *Clinical Medical Ethics*, in «The Journal of Clinical Ethics», 1 (1990), pp. 5-9
- SINGER P.A. - SIEGLER M. - PELLEGRINO E.D., *Research in Clinical Ethics*, in «The Journal of Clinical Ethics», 2 (1990), pp. 95-99
- PELLEGRINO E.D. - SIEGLER M., *Ethics Committees and Consultants*, in «The Journal of Clinical Ethics», 4 (1990), pp. 263-267
- SMITH ILLIS A. (ed), *Specification, Specified Principlism and Casuistry*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 3 (2000), numero monografico
- SULMASY D.P., *Managed Care and the New Medical Paternalism*, in «The Journal of Clinical Ethics», 6 (1995), pp. 324-326
- *Futility and the varieties of medical judgment*, in «Theoretical Medicine», 18 (1997), pp. 63-78
- *Institutional Conscience and Moral Pluralism in Health Care*, in «New Theology Review», 10 (1997), pp. 5-21
- THOMASMA D., *Training in Medical Ethics: An Ethical Workup*, in «Forum on Medicine», 1 (1978), pp. 33-36
- *A Philosophy of Clinically Based Medical Ethics*, in «Journal of Medical Ethics», 6 (1980), pp. 190-196
- *The Possibility of a Normative Medical Ethics*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 3 (1980), pp. 249-259
- *The Contribution of Ethics and Psychology to Medicine*, in «Society of Scientific Medicine», 7 (1985), pp. 745-752
- *Establishing the Moral Basis of Medicine: Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), pp. 245-267
- *Response to Erich Loewy: «The Role of Suffering and Community in Clinical Ethics»*, in «Journal of Clinical Ethics», 2 (1991), pp. 90-91
- *Clinical Ethics as Medical Hermeneutics*, in «Theoretical Medicine», 15 (1994), pp. 93-111
- *Antifoundationalism and the Possibility of a Moral Philosophy of Medicine*, in «Theoretical Medicine», 18 (1997), pp. 127-143
- *Clinical Bioethics in a Postmodern Age*, in C. VIAFORA (ed), *Clinical Bioethics* (in corso di stampa)
- MONAGLE J., *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century*, Gatherburgh (MD), Aspen Publishers, 1998
- TOULMIN S., *How Medicine Saved the Life of Ethics*, in J.P. DE MARCO - R.M. FOX (edd), *New Directions in Ethics. The Challenge of Applied Ethics*, pp. 265-281
- SHERWIN S., *Feminist and Medical Ethics: Two Different Approaches to Contextual Ethics*, in «Hypathia», 2 (1989), pp. 57-72

URBAN WALKER M., *Keeping Moral Space Open. New Images of Ethics Consulting*, in «Hastings Center Report», 23 (1993), pp. 33-40

VEATCH R.M., *A Theory of Medical Ethics*, New York, Basic Books, 1981 (New York, Bartlett & Jones, 1992²)

– (ed), *Medical Ethics*, Sudbury (MA), Jones and Bartlett Publishers, 1997² (1989)

VERSPIEREN P., *Une expérience de réflexion éthique sur la pratique clinique*, in «Le Supplément», 202 (1997), pp. 129-142

VIAFORA C., *Toward a Methodology for the Ethical Analysis of Clinical Practice*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 2 (1999), pp. 283-297

– (ed), *Clinical Bioethics: Search to the Foundations*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers (in corso di stampa)

VOLLMANN J., *Der klinische Ethik – ein Konzept mit Zukunft? Zur Integration von philosophischer Ethik in die praktische Medizin*, in «Ethik in der Medizin», 7 (1995), pp. 181-192

VOYER G., *Qu'est-ce que l'éthique clinique?*, Namur - Montreal, Artel - Fides, 1996

WAYMACK M., *Narrative Ethics in the Clinical Setting*, in «Making the Rounds in Health, Faith & Ethics», 15 (1996), pp. 1-4

WELIE J.V.M., *Clinical Ethics: Theory or Practice?*, in «Theoretical Medicine and Bioethics», 19 (1998), pp. 295-312

– *In the Face of Suffering: The Philosophical-Anthropological Foundations of Clinical Ethics*, Omaha (NE), Creighton University Press, 1998

– *Let's Move beyond Autonomy, Beneficence and Justice: a Commentary to Viafora*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 2 (1999), pp. 305-308

WHITE B.D. - ZANER R.M. - BLITON M.J. - HICKSON G.B. - SERGENT J.S., *An Account of the Usefulness of a Pilot Clinical Ethics Program at a Community Hospital*, in «Quality Review Bulletin January», 1 (1993), pp. 17-24

ZANER R.M., *Ethics and the Clinical Encounter*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall, 1988

4. ESPERIENZE DI ETICA CLINICA

CHAGNON J.-L. et al., *L'éthique clinique en réanimation. L'expérience d'un service des soins pour adultes*, in «Ethica Clinica», 14 (1999), pp. 23-28

COMITATO DI BIOETICA DI VERONA, *Analisi etica di un caso clinico: accanimento terapeutico?*, in «Rivista di teologia morale», 131 (2001), pp. 399-409

MALHERBE J.F. - ROCCHETTI L. - BOIRE-LAVIGNE A.M., *Validité et limites du consensus en éthique clinique*, in «Laval Théologique et Philosophique», 3 (1994), pp. 531-543

MÜLLER-ESCH G., *L'etica nella medicina intensiva*, in D. VON ENGELHARDT (ed), *Etica e medicina*, pp. 134-142

5. RIFERIMENTI FILOSOFICI

ALLEGRI F., *W.D. Ross: la critica all'utilitarismo*, in «Kykéion», 4 (2000), pp.7-26

ARTADI J., *Responsabilité et liberté*, in C.-J. PINTO de OLIVEIRA (ed), *Autonomie. Dimensions éthiques de la liberté*, Fribourg - Paris, Ed. Universitaires/Cerf, 1978, pp. 176-199

BAUMAN Z., *Le sfide dell'etica*, Milano, Feltrinelli, 1996

BLONDEL M., *L'action (1893): essai d'une critique de la vie et d'une science de la pratique*, Presses Universitaires de France, Paris 1973³; trad. it. *L'azione. Saggio di una critica della vita e di una scienza della prassi*, Cinisello Balsamo (Milano), Edizioni Paoline, 1993

BRUDERMÜLLER G. (edd), *Angewandte Ethik und Medizin*, Würzburg, Königshausen & Neumann, 1999

DE MARCO J.P. - FOX R.M. (edd), *New Directions in Ethics. The Challenge of Applied Ethics*, New York, Routledge and Paul Kegan, 1986

FLETCHER J., *Situation Ethics: The New Morality*, Philadelphia (PA), Westminster Press, 1966

FRANKENA M., *Ethics*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1973, trad. it. *Etica. Una introduzione alla filosofia morale*, Milano, Edizioni di Comunità, 1981

GUTTMANN A. - THOMPSON D., *Democracy and Disagreement*, Cambridge (MA), Belknap Press, 1996

JONAS H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Torino, Einaudi, 1990

LADRIÈRE J., *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technique aux cultures*, Paris, Aubier-Montaigne/Unesco, 1977; trad. it. *I rischi della razionalità. La sfida della scienza e della tecnologia alle culture*, Torino, SEI, 1978

– *L'éthique dans l'univers de la rationalité*, Namur, Artel, 1997; trad.it. *L'etica nell'universo della razionalità*, Milano, Vita e Pensiero, 1999

– *L'interprétation dans le jugement éthique*, in «Le Supplement», 202 (1997), pp. 143-172

LÉVINAS E., *La souffrance inutile*, in «Giornale di Metafisica», IV (1982), pp. 13-26

– *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, Milano, Jaca Book, 1983

– *Totalità e infinito: saggio sull'esteriorità*, Milano, Jaca Book, 1994

MACINTYRE A., *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Milano, Feltrinelli, 1988

McKENNY G.P., *Applied Ethics and Its Discontents*, in «Second Opinion», 2 (1991), pp. 131-135

MIETH D., *Il significato dell'esperienza esistenziale dell'uomo. Perorazione per una teoria del modello etico*, in «Concilium» 12 (1976), pp. 34-62

– *Narrative Ethik. Der Beitrag der Dichtung zur Konstituierung ethischer Modelle*, in D. MIETH, *Moral und Erfahrung. Beiträge zur theologisch-ethischen Hermeneutik*, Freiburg i.Br. - Wien, Universitätsverlag-Herder, 1977, pp. 60-90

MOORE G.E., *Principia Ethica*, Cambridge (MA), Cambridge University Press, 1903

– *Ethics*, London, Williams & Norgate, 1912

NUSSBAUM M., *The Fragility of Goodness. Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge 1986; trad. it. *La fragilità del bene: fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca*, Bologna, il Mulino, 1996

PINTO de OLIVEIRA C.-J. (ed), *Autonomie. Dimensions éthiques de la liberté*, Freiburg i.Br. - Paris, Ed. Universitaires/Cerf, 1978

RAWLS J., *Una teoria della giustizia*, Milano, Feltrinelli, 1982

RICOEUR P., *Il modello del testo: l'azione sensata considerata come un testo*, in P. RICOEUR, *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, Milano, Jaca Book, 1989, pp. 177-203

– *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993

ROSS W.D., *The Right and the Good*, Oxford, Clarendon Press, 1930

– *The Foundation of Ethics*, Oxford, Clarendon Press, 1939

SCARPELLI U., *L'etica senza verità*, Bologna, il Mulino, 1982

TODOROV T., *Di fronte all'estremo. Quale etica per il secolo dei gulag e dei campi di sterminio?*, Milano, Garzanti, 1992

WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975

6. PROSPETTIVA ANTROPOLOGICA

AUTIERO A., *Il rapporto medico-paziente nei suoi aspetti etici*, in P. BENCIOLINI - C. VIAFORA (edd), *Il rapporto medico-paziente*, pp. 55-64

BOTTURI F., *La medicina come prassi della cultura dell'accoglienza*, in «Vita e Pensiero», 3 (1994), pp. 220-224

CASALONE C., *Il tempo del medico e il tempo del paziente: un nuovo sguardo sulla relazione medico-paziente*, in P. BENCIOLINI - C. VIAFORA (edd), *Il rapporto medico-paziente*, pp. 42-51

CATTORINI P., *Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sull'esperienza del soffrire e la domanda di cura*, Firenze, Angelo Pontecorboli Editore, 1994

– *La morte offesa. Espropriazione del morire ed etica della resistenza del male*, Bologna, Edizioni Dehoniane, 1995

GOOD B.J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999

MALHERBE J.-F., *La malattia come crisi soggettiva*, in J.-F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina*, pp. 69-74

MARSAGLIA C. - GALIZIO M., *Le mani che chiedono, le mani che rispondono*, in «Janus», 5 (2002), pp. 66-72

NATOLI S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, Feltrinelli, 1986

7. FORMAZIONE E INSEGNAMENTO

BESANCENEY J.-Cl. et al., *L'éthique et les soignants*, Paris, Editions Lamarre, 1996 (in particolare la II parte, *Former et se former*; Cap. 9: «Faire des choix»; Cap. 10: «Construire une séquence de formation»)

BOITTE P. - SAINT-ARNAUD J. (edd), *La formation éthique des soignants*, in «Ethica Clinica», 24 (2001), numero monografico

COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma

CARSON R.A., *Teaching Ethics in the Context of the Medical Humanities*, in «Journal of Medical Ethics», (1994) 20, pp. 235-238

CATTORINI P. (ed), *Insegnare l'etica medica. Obiettivi e metodi di valutazione dell'apprendimento*, Milano, Franco Angeli, 1999

DELVECCHIO G., *Il medico tra filosofia e pedagogia*, in «tutor», 2-3 (2001), pp. 111-113

GALLAGHER U. - BOYD K.M., *Come insegnare l'etica agli infermieri*, Milano, Edizioni Sorbona, 1993

GLOVER J.J. - OZAR D.T. - THOMASMA D.C., *Teaching Ethics on Rounds: The Ethicist as Teacher, Consultant, and Decision-Maker*, in «Theoretical Medicine», 7 (1986), pp. 13-32

McKNEALLY M.F. - SINGER P.A., *Teaching Bioethics in the Clinical Setting*, in «Canadian Medical Association Journal», 164 (2001), 8, pp. 1163-1167

PELLEGRINO E.D. - SIEGLER M. - SINGER P.A., *Teaching Clinical Ethics*, in «The Journal of Clinical Ethics», 3 (1990), pp. 175-180

– *L'insegnamento dell'etica medica negli Stati Uniti*, in «L'Arco di Giano», 6 (1994), pp. 270-276

– McELHINNEY T., *Teaching Ethics, the Humanities, and Human Values in Medical Schools: A Ten Years Overview*, The Society for Health and Human Values, Washington D.C. 1982

POLETTI P., *Comitati Etici in Ospedale: strumenti di formazione*, in C. VIAFORA (ed), *Comitati etici*, pp. 201-223

RAVEZ L., *Former à l'éthique clinique: proximité des soignants et suspension du jugement*, in «Ethica Clinica», 24 (2001), pp. 31-35

RUSO M.T., *Il ruolo delle scienze umane nella formazione del medico*, in «tutor», 2-3 (2001), pp. 82-94

SPINSANTI S., *Bioetica nella professione infermieristica*, Napoli, EdiSES, 1995

SULMASY D.P. - GELLER G. - LEVINE D.M. - FADEN R.R., *A Randomized Trial of Ethics Education for Medical House Officers*, in «Journal of Medical Ethics», 19 (1993), pp. 157-163

Indice dei nomi

- Adorno Theodor W., 146n
 Allegri Francesco, 73n
 Apel Karl Otto, 143
 Appelbaum Paul S., 24n
 Aristotele, 26n
 Artadi Juan, 138n
 American Society for Bioethics and Humanities, 40n, 42n, 43n
 Barcaro Rosangela, 83n
 Barni Mauro, 17n
 Bauman Zygmunt, 55n, 129
 Beauchamp Tom L., 57, 58 e n, 59n, 60n, 61 e n, 65, 66n, 68n, 70 e n, 71, 72, 73, 74, 75 e n, 80 e n, 81, 89, 117 e n, 137n
 Benciolini Paolo, 156n
 Bergtold K., 29
 Bindi Rosi, 27 n
 Bitouzet Veronique, 35n
 Bliton Mark J., 104n
 Blondel Maurice, 145n
 Boitte Pierre, 28n, 46n, 134n
 Baudouin Jean-Louis, 87n
 Boyle Joseph, 76n
 Brody Howard, 31n, 34n, 37n, 38n, 157n
 Buytendijk Frederik J.J., 126n
 Cadore Bruno, 28n, 31n, 46n, 48n, 55 e n, 56n, 129 e n, 130 e n, 131 e n, 132 e n, 134 e n, 135n, 136, 137 e n, 138 e n, 139, 140 e n, 141n, 142 e n, 143 e n, 144 e n, 145 e n, 146 e n, 147, 148
 Callahan Daniel, 19n, 20n, 21n
 Capri Stefano, 26n
 Casalone Carlo, 156n
 Casati Sara, 121n, 123n
 Cattorini Paolo, 31n, 43n, 45n, 49n, 76n, 80n, 152n, 157n, 158n
 Centre d'Éthique Médicale de l'Université Catholique de Lille, 132 e n, 140n
 Childress James F., 57, 58 e n, 59n, 60n, 61 e n, 65, 66n, 68n, 70 e n, 71, 72, 73, 74, 75 e n, 81, 89, 117 e n
 Christian Paul, 126n
 Clouser K. Danner, 58n, 74 e n, 75 e n
 Coin Roberta, 35n, 152n
 Cosmacini Giorgio, 15, 19n
 Culver Charles M., 75 e n
 Daniels Norman, 68
 Dell'Oro Roberto, 46n, 47n, 50n, 78n, 160n
 DeGrazia David, 76n
 De Marco Joseph P., 100n
 De Pisa Eleonora, 24n
 Dethier Luc, 55n
 Dickens Bernard M., 87n
 Dordoni Paolo, 121n
 Engelhardt Dietrich von, 25n, 26n
 Englert Marc, 46n
 Fantini Bernardino, 15n
 Fletcher John, 31n, 33n 34n, 37n, 38n, 85n, 86n
 Fontana Alessandro, 27n
 Foucault Michel, 22, 23 e n
 Fox Richard M., 100n
 Frankena William K., 73 e n
 Gaudenzi Giuseppe, 19n

- Gebattel Viktor E. von, 126n
 Gert Bernard, 58n, 74 e n, 75 e n
 Gillon Raanan, 85n
 Girardi Paolo, 24n
 Gius Erminio, 35n, 152n
 Good Byron J., 152n, 156n, 157n
 Graber Glenn C., 109n, 110n, 111n, 124 e n
 Gracia Guillen Diego, 48, 49n, 50n, 79 e n, 117 e n, 118, 119, 120, 121 e n, 122, 123, 148n
 Grisso Thomas, 24n
 Guttmann Amy, 122n, 123n
 Habermas Jürgen, 143
 Hanson Mark J., 21n
 Have ten Henk, 27n, 123, 124 e n, 125n, 126 e n, 127 e n
 Husserl Edmund, 158n
 Illich Ivan, 20n
 Ippocrate, 29
 Jonas Hans, 47 e n, 138 e n
 Jonsen Albert R., 32n, 54n, 80 e n, 85n, 88 e n, 89n, 93, 95n, 98 e n, 99, 101 e n, 102, 103, 104 e n, 105
 Kant Immanuel, 47
 Ladrière Jean, 145 e n
 Lain Entralgo Pedro, 126n
 Lameau Marie-Louise, 141n
 La Puma John, 40n
 Lecaldano Eugenio, 104n
 Leeman Cavin P., 34n
 Leeuwen van Evert, 127n
 Leone Salvino, 49n
 LeRoy Walters, 137n
 Lévinas Emmanuel, 130n, 138, 139n, 155, 156n
 Maclean Anne, 83n
 MacIntyre Alasdair C., 114 e n
 Malherbe Jean-François, 27n, 51 e n, 54n, 55n, 148n, 152n
 Marcel Gabriel, 153
 Meulen Ruud H.J. ter, 127n
 Mieth Dietmar, 146n, 147n
 Moore George Edward, 72 e n
 Mordacci Roberto, 31n, 76n, 80n, 81n, 83n, 158n
 Mori Maurizio, 21n
 Moja Egidio, 24n
 Mounier Emmanuel, 143n
 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 58 e n, 71
 Natoli Salvatore, 152n
 Nussbaum Martha C., 122 e n
 Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), 19, 20n, 27n
 Osler William, 37 e n, 54, 88n
 Perl Mark, 34 n
 Pellegrino Edmund D., 30n, 34n, 37n, 38 e n, 41n, 42n, 44n, 45n, 48n, 52 e n, 79 e n, 106 e n, 108, 109, 110, 113, 115 e n, 116 e n
 Picozzi Mario, 43n
 Pinto de Oliveira Carlos-Josaphat, 138n
 Plügge Herbert, 126n
 Privitera Salvatore, 49n
 Ramsey Paul, 85 e n, 86
 Ravez Laurent, 43n, 55n
 Rawls John, 60n, 68, 73
 Reich Warren T., 31n, 83n, 104n, 158n, 161n
 Reichlin Massimo, 31n, 76n, 80n, 158n
 Richardson Henry, 75n, 76n
 Ricoeur Paul, 84 e n, 142 e n, 143n, 144 e n, 151, 159 e n
 Rocchetti Loreta, 54n, 55n
 Ross William David, 61, 71, 73 e n
 Roy David J., 87n
 Rugarli Claudio, 15
 Russo Giovanni, 116n
 Santosuosso Amedeo, 17n, 24n
 Satolli Roberto, 19n
 Scarpelli Uberto, 74n
 Schiedermayer David, 40n
 Shelp Earl E., 34n
 Siegler Mark, 34n, 37n, 38 e n, 41n, 42n, 44n, 45n, 48n, 52n, 54n, 86 e n, 88 e n, 89n, 93, 95n, 101, 102, 105, 130

- Singer Peter, 34n, 37n, 38 e n, 41n,
 42n, 44n, 45n, 48n, 52n
 Smith Iltis Ana, 80n
 Soetje Elena, 85n
 Soricelli Elisabetta, 83n
 Spinsanti Sandro, 48n, 55n, 58n
 Sumner L. Wayne, 76n
 Tatarelli Roberto, 24n
 Tavani Mario, 43n
 Thomasma David C., 49n, 50n, 51n, 79
 e n, 106 e n, 108, 109 e n, 110
 e n, 111 e n, 112, 114 e n, 115n,
 116 e n, 124 e n
 Thompson Dennis, 122n, 123n
 Todorov Tzvetan, 157n
 Tognoni Gianni, 54n
 Toulmin Stephen E., 98 e n, 99, 100n,
 101 e n, 103
 Van Gils Pierre-Yves, 46n
 Veatch Robert, 85 e n, 89
 Vegni Elena, 24n
 Verspieren Patrick, 34 e n, 86n, 87n
 Viafora Corrado, 27n, 48n, 49n, 77n,
 80n, 84n, 110n, 114n, 129n, 156n
 Vineis Paolo, 26n
 Vollmann Jochen, 40n
 Voyer Gilles, 53 e n
 Weil Simone, 157n
 Weizsäcker Viktor von, 126n
 Wildes Kevin W., 72n
 Williams John R., 87n
 Winkler Earl, 76n, 77n
 Winnicott Donald W., 141n
 Winslade William J., 54n, 88 e n, 89n,
 93, 95n, 101, 102, 105
 Yehoshua Abraham B., 151
 Zubiri Xavier, 120

Pubblicazioni del Centro per le Scienze Religiose

Pubblicazioni dell'Istituto di Scienze Religiose in Trento

1. W. EGGER (ed), *Per una lettura molteplice della Bibbia*, Bologna 1981
2. L. SARTORI (ed), *Istanze della teologia fondamentale oggi*, Bologna 1982
3. S. ZUCAL, *La teologia della morte in Karl Rahner*, Bologna 1982
4. L. SARTORI (ed), *Le scienze della religione oggi*, Bologna 1983
5. M. NICOLETTI, *La dialettica dell'Incarnazione. Soggettività e storia in Søren Kierkegaard*, Bologna 1983
6. L. SARTORI (ed), *Papato e istanze ecumeniche*, Bologna 1984
7. L. SARTORI (ed), *Come e perché la pace in un mondo di peccato*, Bologna 1984
8. G. ZORZI, *Il realismo cristiano di Reinhold Niebuhr*, Bologna 1984
9. I. ROGGER - A. QUACQUARELLI (edd), *I martiri della Val di Non e la reazione pagana alla fine del IV secolo*, Bologna 1985
10. P. PRODI - L. SARTORI (edd), *Cristianesimo e potere*, Bologna 1986
11. L. SARTORI (ed), *Popoli messianici*, Bologna 1987
12. G. PENZO (ed), *Schopenhauer e il sacro*, Bologna 1987
13. S. ZUCAL (ed), *La Weltanschauung cristiana di Romano Guardini*, Bologna 1988
14. F. DEMARCHI (ed), *Wilhelm Schmidt: un antropologo sempre attuale*, Bologna 1988
15. A. CERESA-GASTALDO (ed), *Biografia e agiografia nella letteratura cristiana antica e medievale*, Bologna 1990
16. L. SARTORI - M. NICOLETTI (edd), *Teologia politica*, Bologna 1991
17. C. MORESCHINI - G. MENESTRINA (edd), *Gregorio Nazianzeno teologo e scrittore*, Bologna 1992.
18. L. LORENZETTI (ed), *Teologia e bioetica laica*, Bologna 1994
19. G. BOF (ed), *Antropologia culturale e antropologia teologica*, Bologna 1994
20. M. BALDINI - E. BENVENUTO - K. NEUFELD (edd), *L'uomo, la tecnica e Dio*, Bologna 1994
21. A. CONCI, *Dietrich Bonhoeffer. La responsabilità della pace*, Bologna 1995
22. G. CAPRARO (ed), *Sociologia e teologia di fronte al futuro*, Bologna 1996
23. M. MILANI (ed), *La via «sapienziale» e il dialogo interreligioso. Rischio e tensioni tra singolarità della Rivelazione e la sua universalizzazione*, Bologna 1997

Series maior

1. C. LEONARDI (ed), *Ezio Franceschini (1906-1983). Scritti, documenti, commemorazioni, testimonianze*, Bologna 1986
2. G. CRISTOFORETTI, *La visita pastorale del Cardinale Bernardo Clesio alla diocesi di Trento 1537-1538*, Bologna 1989
3. I. ROGGER - M. BELLABARBA (edd), *Il principe vescovo Johannes Hinderbach (1465-1486) fra tardo medioevo e umanesimo*, Bologna 1992
4. J. GRISAR, *Il Vescovo di Trento Giovanni Nepomuceno de Tschiderer e la situazione della Chiesa in Austria e nel Tirolo nel corso della prima metà del secolo XIX*, Bologna 1997
5. E. CURZEL, *Le pievi trentine. Trasformazioni e continuità nell'organizzazione territoriale della cura d'anime dalle origini al XIII secolo (studio introduttivo e schede)*, Bologna 1999
6. E. CURZEL (ed), *In factis mysterium legere. Miscellanea di studi in onore di Iginio Rogger in occasione del suo 80° compleanno*, Bologna 1999
7. L. CIRILLO (ed), *Concordanze del «Codex Manichaicus Coloniensis»*, Bologna 2001
8. E. CURZEL, *I canonici e il Capitolo della cattedrale di Trento dal XII al XV secolo*, Bologna 2001

Scienze Religiose. Nuova serie

1. V. BRUGIATELLI, *Il problema filosofico del linguaggio in Antonio Rosmini*, Bologna 2000
2. G. CANOBBIO, *La fede di Gesù*, Bologna 2000
3. A. AUTIERO - A. GENOVESE (edd), *Antonio Rosmini e l'idea della libertà*, Bologna 2001
4. A. AGUTI, *La questione dell'ermeneutica in Karl Barth*, Bologna 2001
5. E. MAZZA (ed), *L'idea di sacrificio. Un approccio di teologia liturgica*, Bologna 2002
6. K. RICHTER, *Spazio sacro e immagini di Chiesa. L'importanza dello spazio liturgico per una comunità viva*, a cura di I. ROGGER, Bologna 2002
7. S. CARLETTO, *Salvezza ed Ecumene. Il recente dibattito sulla dottrina della giustificazione per fede in Germania (1997-1999)*, Bologna 2003
8. L. GALVAGNI, *Percorsi di etica clinica*, Bologna 2003

«Annali di studi religiosi»

1, 2000

2, 2001

3, 2002

Collana
**SCIENZE
RELIGIOSE**
Nuova serie



ISBN 88-10-40384-3



9 788810 403846 >